日本臨床倫理学会第５回年次大会
基調（会長）講演

チーム医療と臨床倫理

独立行政法人労働者健康安全機構理事長
有賀　徹

新田氏：皆さま、おはようございます。座長の新田でございます。今大会の大会長 有賀先生をご紹介いたします。

有賀先生は昭和 51 年に東京大学の医学部を卒業されまして、救急の分野をずっとやられてきました。東京大学附属病院の救急部、そして昭和大学病院の救急部長をも歴任されています。昭和大学は平成６年からですから、もう 22 年間昭和大学のために働いてきたようなものでございますね。昭和大学では、医学教育等も含めた立て直しをしたということを聞いております。平成 28 年まで昭和大学病院の病院長をされまして、さらに医学部附属の看護専門学校の校長もされておられました。現在は、独立行政法人労働者健康安全機構の理事長でございます。有賀先生、それではよろしくお願いいたします。

有賀氏：よろしくお願いします。今日は「チーム医療と臨床倫理」ということでお話をします。最初に述べておきますが、私自身は倫理学者ではございません。会場の中には倫理のことをもっぱらやられている方もたくさんおられるようですが、一臨床医としての経験を元に本日の話を構築してございます。図１にありますように、チーム医療はなぜやるかとか、その責任者は誰か。だとすると事故の調査はいったいどうなんだ、というようなことについて。それから、救急の分野にいますと昨日も今日も明日も、おそらくこの図１の５番目にある死生学的な観点からの議論もあると思いますので、ちょっぴり話題を提供します。そして、今後についてのことも私見としてお話しいたします。

図１右にありますように、昭和大学病院でよい医療者を育てるには、よいチーム医療ができていないといけない。そのようであれば、その結果として、よい医療者がよい医療を実践するので、患者さんにとっても福音となる。それからその下にチーム医療の集積たる病院医療とありますように、今日のお話は、病院の組織にとって臨床倫理というのは何かという話にもなろうかと思います。

まず、図２は会場の多くの方にとっては“釈迦に説法”かもしれませんが、とりあえず私が自分自身で倫理学って何なんだろうということを勉強した一部でございます。倫理学の中には歴史などを含めた「記述倫理学」と、倫理的命題の概念分析等を行う「メタ倫理学」というのがあるのだそうですが、僕らが普段臨床で接するのはその次にあります「規範倫理学」です。要するに、人の行為や判断の規範的な考察をする、いわば“べき論”です。この規範倫理学の中に帰結主義と非帰結主義があります。溺れている人を助けたいといって川に飛び込んで、いいあんばいだった（人命救助ができた）というのならば、これは帰結主義的によかった。いいあんばいではなかった（人命救助ができなかった）としてもやるべきだったという、カント哲学的な観点での非帰結主義がある。カントを少し勉強すると、要するにこの

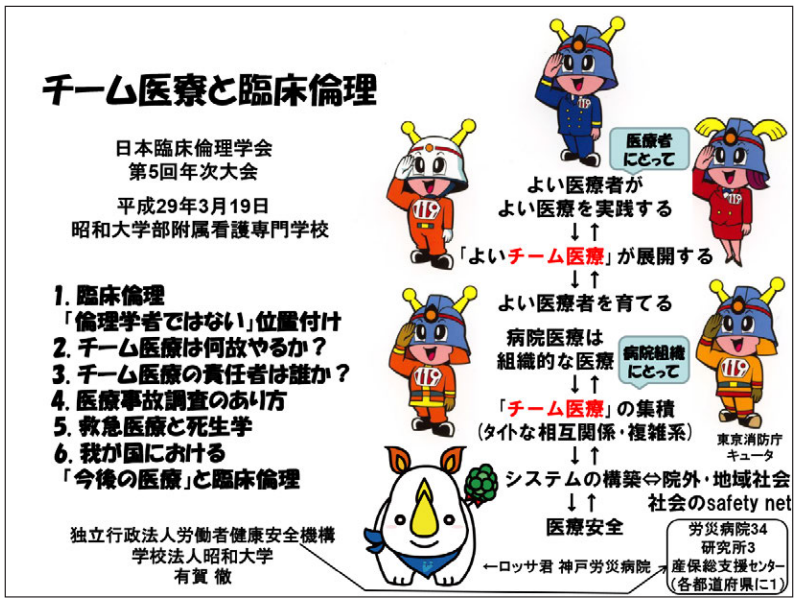


図１

Ⅰ記述倫理学　倫理学史　基本的に歴史の記述
Ⅱメタ倫理学　倫理的命題の概念分析　倫理学の認識論
Ⅲ規範倫理学　教義の倫理学、真に倫理学らしい倫理学「人の行為や判断の規範的考察」
“Normative”→「べき論」

a)帰結主義
溺れている→助けたい（動機）→飛び込む（行為）→「人命救助（結果）」これがないと・・・
倫理的利己主義→自己の利益の最大化
功利主義→最大多数の最大幸福、多数決

b)非帰結主義
≪「犬死」（救助の人も）→2人の犠牲≫それでも・・・→カント的な立場に近い
義務論　カント哲学　道徳形而上学　最高善である根源的存在者（神）
善意思（善意で表される意図や動機）
先天的（アプリオリ）に“ビルトイン”されている
良心の声（良心の呵責）　（普遍化可能性）
○「君の行為の格律（率）が君の意思によって恰（あたか）も普遍的自然法則となるかのように行為せよ」
○「君自身ならびに他の全て人の人格に例外なく存するところの人間性を、常に如何なる場合にも目的として使用し、決して単なる手段としてのみ使用してはならない」（人間性の原則）

正義論　ジョン・ローズ＊　アリストテレス（ニコマコス倫理学）
1)応報的正義（漫画の“正義の味方”）
2)補償的正義（「壊したものは元に戻す」が正しい⇔上記の裏返し）
○3)分配上の正義（社会的弱者の権益を護る）恵まれない人々への対応の原則
＊第1原則「各人は、他人の持つ自由の体系と抵触しない限りにおいて、最も広範で包括的な基本的自由・平等の権利を有する」（自由・平等の原理）

（梅津光弘:ビジネスの倫理学,現代社会の倫理を考える・第3巻,丸善出版㈱,東京,2015年6月10日,第14刷発行）

図2

場合も目的として使用すべきで、手段として利用してはいけないよ、といったことを頭の中に入れながら臨床をやる。このようなことが重要なのだと思います。

ある方にお手紙をもらいまして、それにお手紙を返したことがございます（図３）。それは神、宗教に関してです。そこで、私たちの国における宗教について考えてみました。天皇の退位などに関する識者の意見に、天皇は祭祀を司ることが主たる役割なのでほかのことはほかの皇族にやらせればいいとか、祭祀などというのは天皇の私事たる位置づけだとか、それは間違いだとか、いろいろな意見があります。祭祀に関して、私たちの国の日の丸も太陽信仰からなのかもしれないと私も考えています。天照大御神も同じだろうと。根っこはたぶんこの辺りだろうと。つまり自然崇拝、自然への畏敬の念ですね。

坂上田村麻呂の時代から今の安倍総理大臣まで、為政者はみな天皇から「辞令」をもらっています。その総理大臣が厚生労働大臣を指名して、独立行政法人の理事長である私も厚生労働大臣からの辞令をもらっている。つまり、宗教のような最高善である根源的な存在、神と呼んでいるようですが、そういう善意思というものがアプリオリに私たちの体の中に入っていると。良心の呵責とかそういう形で、ですね。

そのほか図２には、正義論とか分配上の正義とか、いろいろあります。先ほどお話ししたように私は倫理学の学者ではございませんので、私自身はいいとこ取りをすればいいだろうと。だから図２のカント哲学にあるように、すべての人の人格に例外なく存在するところの人間性については、これをいかなるバックボーンの下で社会が動いているということになるので、この基本骨格を残すことが、近々においてはポツダム宣言の受諾でよくわかります。ポツダム宣言の受諾は国体の護持を条件としています。つまり、日本国を維持する最低限の条件がこのような天皇の辞令に基づく国体を護持することだったわけです。象徴天皇の祭祀を私事と片付けるとこの前提はぶっ飛びますが、基本的にはそうでないことを前提に私自身の手紙はできています。バックボーンから派生する一連の社会秩序の中に、“人の倫（みち）”“生

ある方へのお手紙:「最高善である根源的存在者(神)」宗教に関連して(有賀)

私たちの国における宗教について考えてみました。天皇の退位などに関する識者の意見(について必ずしもきちんと当たっていませんが)に天皇は「祭祀を司ること」がメインで他の行事は他の皇族に任せればよいとか、祭祀を天皇の私事たる位置付けは間違いとかなどあります。

確かに祭祀に関連して、国旗の「日の丸」も「太陽信仰」からでしょうから(天照大御神も同じか)、私たちの宗教の根っ子はこの辺り(言わば、自然崇拝、ないし自然への畏敬の念)かもしれません。そして、その天皇から(坂上田村麻呂の時代より今の阿部総理大臣も)為政者は「辞令」を受け取っています(その総理大臣が厚生労働大臣を指名し、独立行政法人労働者健康安全機構理事長は厚労大臣の辞令によるという按配です)。

つまり「宗教のバックボーン」の下で「社会が動いている」というわけで、この基本骨格を残すことがポツダム宣言を受諾する条件「國體(国体)の護持」ということだったと理解できます。象徴天皇の祭祀を私事と片付けるとこの話はぶっ飛んでしまいますが。

この「バックボーン」から派生する一連の(社会)秩序のなかに「人の倫(みち)」や「生命倫理」「職業倫理」が展開するとなれば、宗教がどのようであれ、コアの価値観を認識することで多くの議論が叶うようにも思います。そして、このコアの部分は、(多分ですが)相対的な価値規範ではないように思います。上記の基本骨格(ないし、国体)は我が国の「筋」(その意味で、相対的ではなく、絶対的な価値)としての歴史的な意義を有してきたものと思います。以上のよう・・・

「生れながらの人本来の本性」を示す (http://www.nagano-jinjacho.jp/jinjayougo/top.htm)
浄明正直(浄く明く正しく直く) "浄く明く正しく直き誠の心"など
じょうみょうせいちょく きよくあかくただしくなおく "清く正しく美しく(見事、潔い)"

医療者は倫理学者でない→イイトコトリOK!

"功成り名とげて身退くは天の道"(・・・→自然の理)
国宝「伊能忠敬関係資料」書状(1813年)隠居後に国中の測量→天命だった

図3

図4

命倫理"“職業倫理”が展開します。宗教がどのようであれ、コアの価値観を認識することで多くの議論が叶うようにも思います。このコアの部分はたぶん、相対的な価値規範ではなくて、絶対的な価値としての歴史的な意義を有しているのではないでしょうか。

絶対的価値は何かと人に聞かれたら、私自身は「清く正しく美しく」と答えます。この美しいというのは「見事」とか「潔い」ということです。図３のこの部分は某神社庁からの引用ですが。さっきお話ししたカントによる考えもたぶん同じと思われますが、そもそもアプリオリにあるという生まれながらの人本来の本性として、「浄明正直(じょうみょうせいちょく)」というのがあるとされている。それは「清く、正しく、美しく」です。それから、たまたまこの資料を作っているときに新聞に出ていたのですが、伊能忠敬は「功成り名とげて身退くは天の道」という言葉を残しています。この「天」というのはやはりここで言うような「神」というようなことなのでしょう。「自然の理」という意味でもありましょう。伊能忠敬は現役を退いた後に全国行脚をして地図を作った人でもあります。

それで、倫理学者ではありませんのでいいとこ取りをします。いいとこ取りをしているときに、実はアメリカの大統領が代わって、国務長官が来ました。このマティス国務長官は、何と私とまったく同じ生年月日だったので、興味を惹かれて記事を読みました（図４)。きっかけはそこだけです。他意はございません。このマティス国務長官の座右の書がマルクス・アウレーリウスの『自省録』だというのです。翻訳者の神谷美恵子氏は精神科の先生です。この本によると、プラトンは「哲学者の手に政治をゆだねることをもって理想とした」のだそうですが、その理想が歴史上ただ１回実現した、それがマルクス・アウレーリウスの場合だったというのですね。「ほうほう」と言っていろいろ読み進めて勉強しました。

図５にありますように、マルクス・アウレーリウスはストア哲学を勉強して、要するに人は肉体、霊魂、叡智からなるとか、神や人や自分自身それぞれに対する義務観念があるとか、このようなことを言っています。神々に対する畏敬の念だとか、人に対する

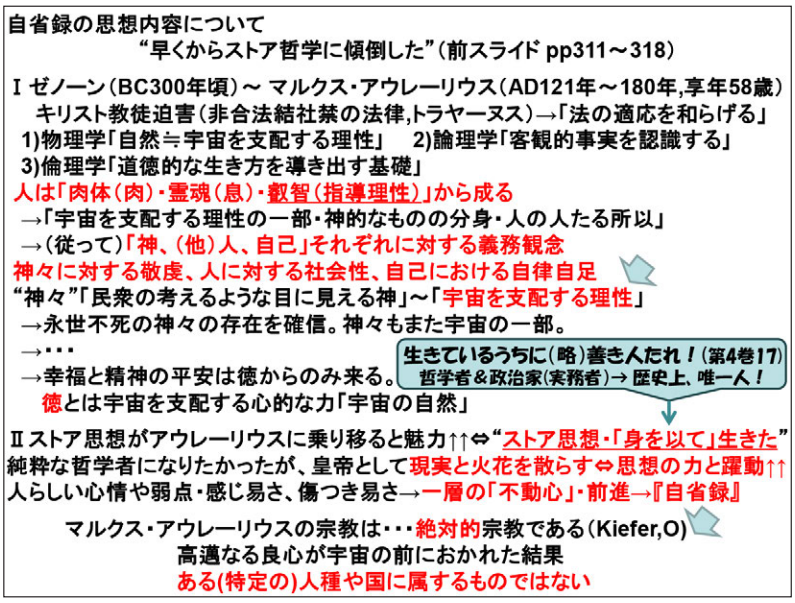


図5

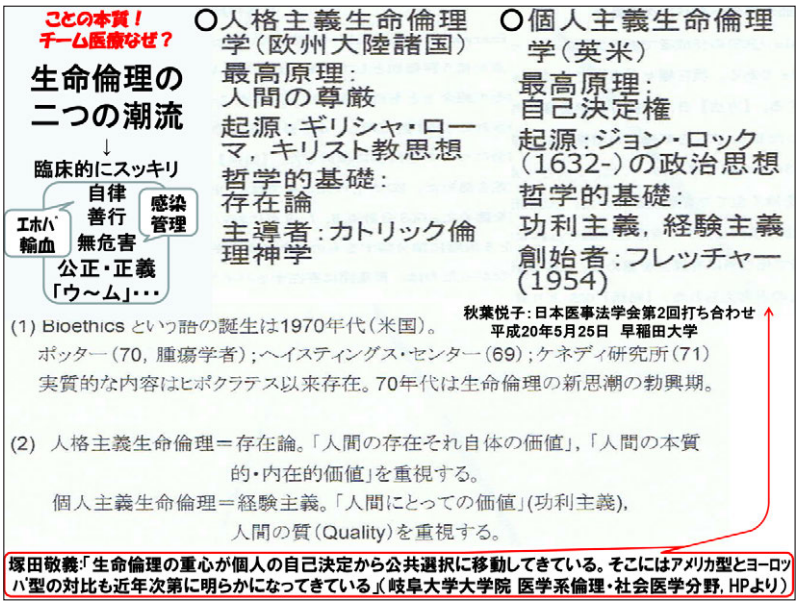


図6

社会性だとか、自己の自律だとかいろいろあるのですが、よくわかりません。また、「徳」というのが出てきます。徳とは宇宙を支配する心的な力であると。

最終的には、マルクス・アウレーリウスは政治家になりましたが、もともとは哲学者になりたかったのだそうです。ですから、政治家、つまり現実の実務者となったので、現実の中では自分自身に弱点もあるし、感じやすくて傷つきやすいところもある。極めて正直に記載されていることから、この本はいまも多くの人々に読まれているとのことです。神谷先生もマルクス・アウレーリウスの宗教は絶対的な宗教で、ある特定の人種や国に属するものではない、普遍的なものなのだというようなことを言っています。「生きているうちに（略）善き人たれ！」と、哲学者でかつ政治家のアウレーリウスは言っている。こんな話です。

私はこのような倫理学のベーシックな部分を今ごろになって勉強することになりましたが、実は次にお話しくださる秋葉悦子先生は平成20年5月に早稲田大学で日本医事法学会の打ち合わせがあったときに図6に示すプリントを見せてくださいました。すなわち、生命倫理には2つの潮流、人格主義生命倫理と個人主義生命倫理があるのだと。自律とか善行とか無危害とか、ここらへんに関してはいろいろな切り口で勉強はしましたが、なかなか臨床的にスッキリこない。しかし秋葉先生のお話を聞いて、結構スッキリきたんですね（図7）。ちなみに、次の演題の司会をしてくださる塚田敬義先生は、「生命倫理の重心が個人の自己決定から公共の選択に移動している。アメリカ型とヨーロッパ型の対比が近年、次第に明らかになってきている」と言っておられます。

このように、この2つの流れを勉強すると、なぜチーム医療かという話もスッキリしたのです。要するに、人の尊厳こそが最高原理ということになると、どんな場合でもきちんとやろうとする。この「きちんとやろう」ということを私たちの頭の中で共通の価値規範として共有すれば、チーム医療が展開する。「AとBどっちがよろしいですか」と相手に聞いてチーム医療をしているわけではないので。ただ、医療全体としては、いろいろな意味で一人ひとりの価値観を尊重しなければいけませんから、頭の中では

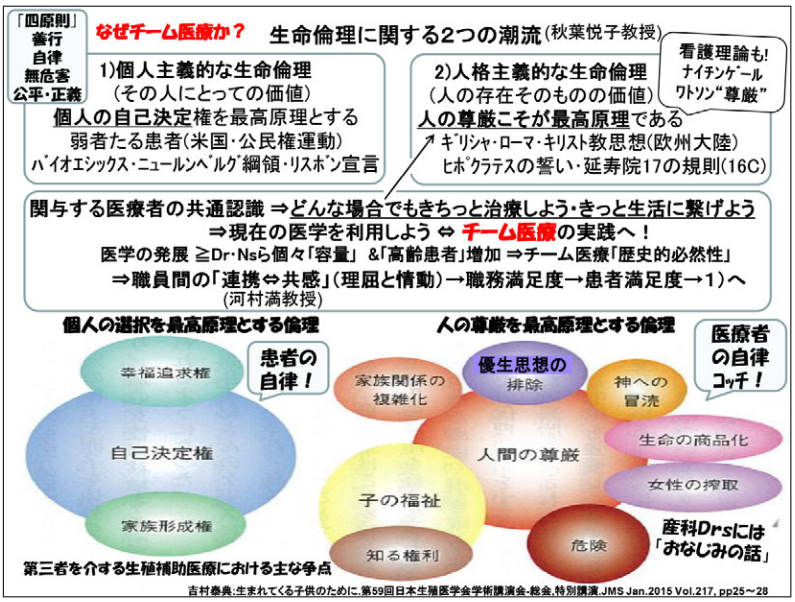


図7

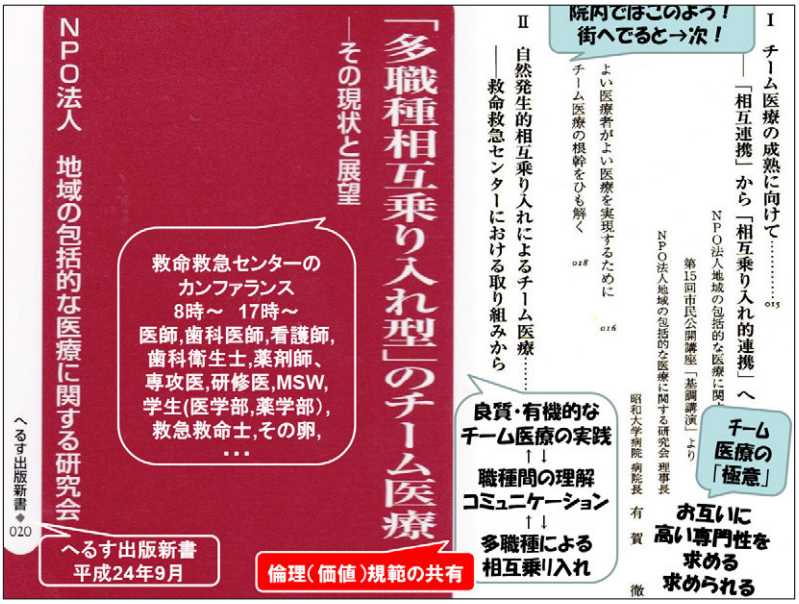


図8

51 対 49 ぐらいの割合で、患者の自律を尊重しながら医療者も自律的に善行の原則に従ってやっていく。

具体的には、この『「多職種相互乗り入れ型」のチーム医療—その現状と展望』（へるす出版）に、ＮＰＯ法人 地域の包括的な医療に関する研究会で議論したことが書かれています（図８）。すなわち、多職種が相互に乗り入れるような形でチーム医療をやるのだと。救命救急センターのカンファランスでは、本の表紙にあるような多職種のスタッフがワーワーやっているわけです。その生命倫理、職業倫理的な背景は、先ほど述べた価値規範を共有しているということです。共有しながらコミュニケーションを図り、そして良質な医療をやろうという話であります。もっと具体的に言うと、チーム医療そのものは、お互いに高い専門性を求め、また求められる。求められると勉強する。勉強するとまた疑問が湧いて、専門性が深まる。そのような繰り返しが、ある意味“チーム医療の極意”ではないかと私は思っております。

今、紹介したのは病院の中ですが、町へ出ると図９のような景色になります。これは池端幸彦先生という慢性期医療をやっていらっしゃる方が、日本慢性期医療協会の機関誌にお書きになったものです。ある日、患者が急性期の病院に運ばれる。それが慢性期に至ると、介護ないし在宅へと移行する。また在宅から、場合によっては病院に運ばれる。この急性期病院に運ばれることを垂直連携と言います。図９の左半分で示している在宅と介護で展開している諸々は水平連携と言います。ですから、地域から病院、また地域へと戻る。そして、地域では生活をみているということになりますので、病棟もある意味、生活をみる、または生活に戻す場所であるということも言えます。ですから、病棟もそうであれば地域そのものはもっとそうだということになります。

また、急性期病院に搬送された人たちが慢性期の医療・介護へ移っていて、再び急性期病院へ搬送されることを大所高所から俯瞰するなら、このような急性期病院への搬送は、水平連携に準じた垂直連携でもあります。したがって地域密着型の病院はとても大事ですよという話になります。このへんも、そ

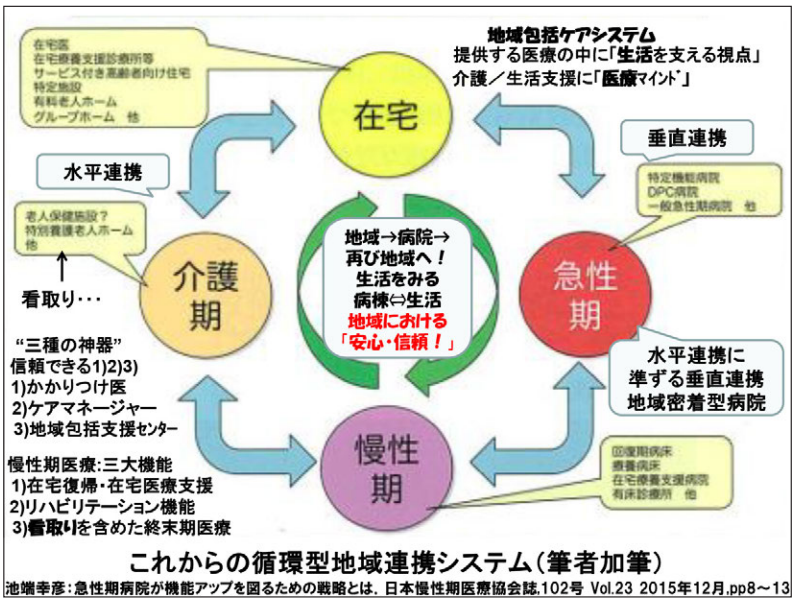


図9

図10

の患者さんにとってよいことをするということが、実は地域社会のからくりそのものがよいことをするという、そのような仕組みになっている。このスライド（図９）は私にとって大変勉強になりました。

今日は倫理の話なので、人としての尊厳を 100 分の 51 と仮定してチーム医療をやっていこうと。相互乗り入れ型のチーム医療が価値規範を共有することによって展開する。その一方で、少子高齢化という医療需要の増大と供給体制の逼迫という社会状況があるわけです。したがって、看護師やその他のコメディカルを適材適所に配して、全体として総力戦で戦おうということで、細かく言えば包括的な指示という方法論を使います。もうちょっと昔の話で言えばパス法、クリニカルパスとかクリティカルパスとか言いますが、このパスを日本に紹介したのは血液製剤で有名になった郡司篤晃先生です。そういう方法論を使って社会的・経済的な妥当性を求めるということで、身分法が改正になりました。

身分法は何年か前に医療法の改正とともに施行されましたが、職能の移譲ということで、難しい医行為についても、看護師ができるようにするなどという話であります（図 10)。いずれ薬剤師にも広がっていくことになるのではないかと思いますし、今回の改定では、診療放射線技師などにも少し難しいことができるようになっています。つまりどういうことかというと、倫理的な側面プラス社会秩序、つまり「法」によるチーム医療の強化が起こっているということになります。

この指示形態を表にしたものが図 11 の上段にあります。その上にある①はいま言った看護師の特定行為に関するプロトコルです。僕たち救急医からすると、もうすでに救急救命士に包括的な指示をして、例えば熱中症の患者に輸液をすることなどは行っております（同、②)。それをメディカルコントロールと言うのですが、いずれ薬剤師やリハビリテーションスタッフや栄養士など、総ぐるみになりますので、日本医師会ではメディカルコントロールという言葉ではなく、“医療統括体制”という言葉を使って今後の社会的な全体図をまとめるための議論をしています。

件の倫理的な背景からすると面白いのですが、前

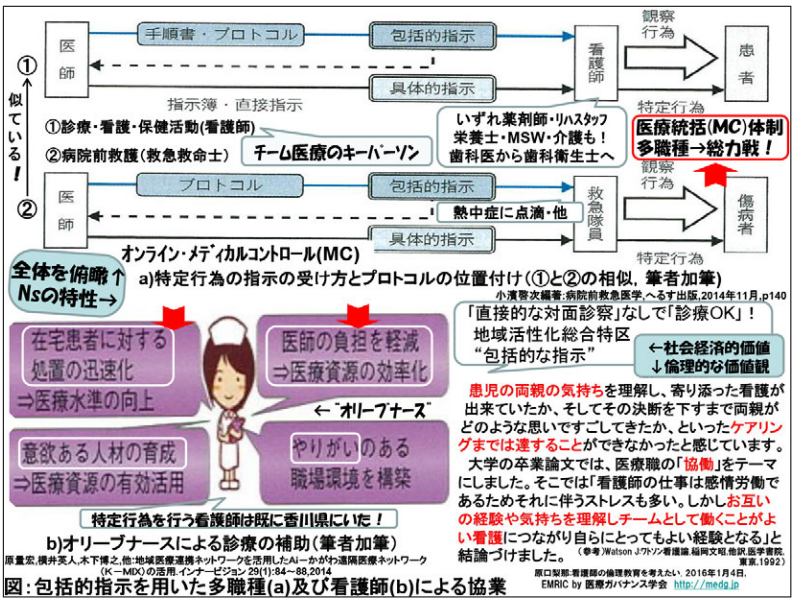


図 11

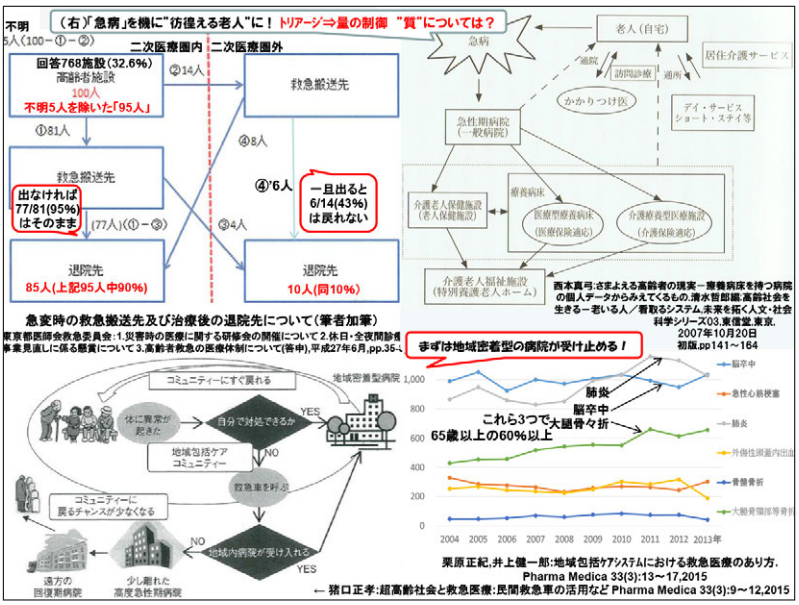


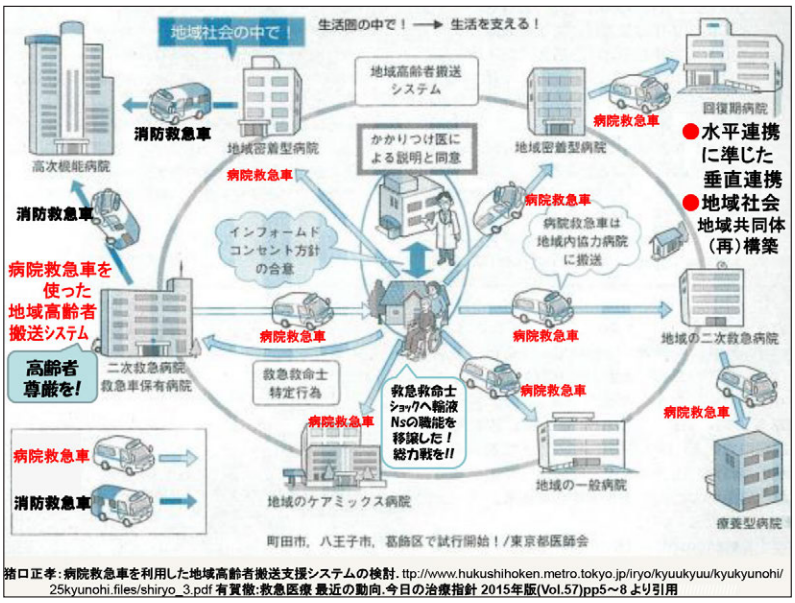
図 12

述した特定行為をする看護師さんは、すでにオリーブナースといって香川県で働いています（図 11、左下）。香川県では「直接的な対面診察なしで診療ＯＫ」な地域活性化総合特区があります。このような特定行為をする看護師についてしばしばチーム医療のキーパーソンと言われます。そこで次のような記事がありました（図 11、右下）。すなわち、「患児の両親の気持ちを理解し、寄り添った看護ができていたか、そしてその決断を下すまで両親がどのような思いで過ごしていたかといったケアリングまでには達することができなかった」と感じ、続けて原口梨那さんは、「看護師の仕事は感情労働であるためそれに伴うストレスも多い。しかしお互いの経験や気持ちを理解してチームとして働くことがよい看護につながり、自らにとってよい経験となる」と書いています。このケアリングについてもう少し考察を加えます。

ワトソンの教科書の中には、患者の人としての尊厳に鑑みながら仕事をするということが書いてございます。このことに加えて、このようなチーム医療において看護師がチームの中でケアリングをするということによって、患者さんそのもののみならずチームを構成するスタッフ皆の心の動きも把握しているに違いない。このような文脈でものを考えると、看護師がチーム医療のキーパーソンという意味がよく分かる。さまざまなチームについて、いろんな側面から勉強できるのではないかと思います。

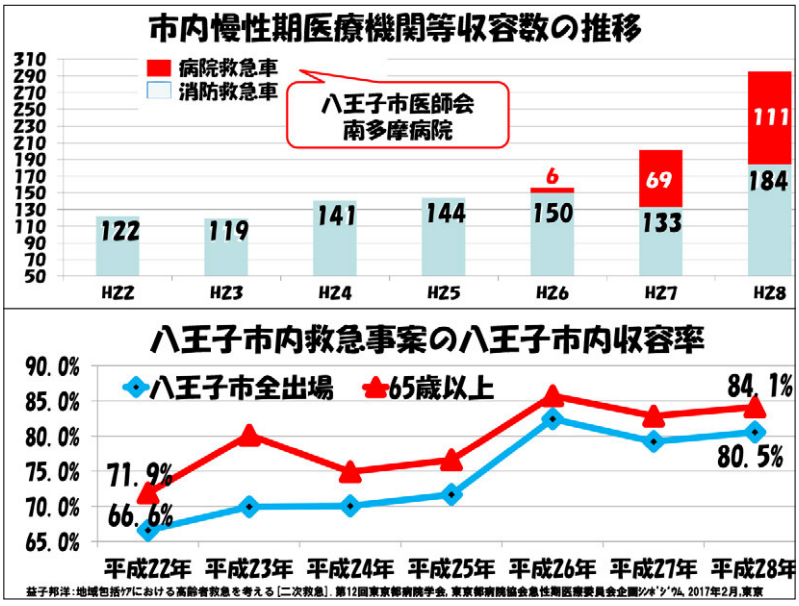
いずれにしても、また街の景色へ戻りますが、図 12 にありますようにお年を召した御老人が病気になると、さまよえる高齢者の現実ということで「さまよえる老人」という言い方で清水哲郎先生の教室の方々が書籍をものしておられます（図 12、右上）。

これと同じことを検証したのが東京都医師会の救急委員会が取りまとめた図 12（左上、左下）になります。この図でおわかりのように、ある慢性期病院に入院していた人が救急車を呼ぶと 14%の人が二次医療圏から出てしまう。出てしまうと、その 43%は元の医療圏へ戻れない。もし出なければ、95%はそのまま同じ二次医療圏の中に留っていることができる。ですから、同じ医療圏の中に留まるか、救急車



猪口正孝：病院救急車を利用した地域高齢者搬送支援システムの検討. ttp://www.hukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/kyuukyuu/kyukyunohi/25kyunohi.files/shiryo_3.pdf 有賀徹:救急医療 最近の動向.今日の治療指針 2015年版(Vol.57)pp5～8 より引用

図 13



益子邦洋：地域包括ｹｱにおける高齢者救急を考える［二次救急］. 第12回東京都病院学会, 東京都病院協会急性期医療委員会企画ｼﾝﾎﾟｼﾞｳﾑ, 2017年2月,東京

図 14

を呼んで出てしまうかによって、ずいぶん違う。このような問題を東京都医師会の救急委員会が言っているわけです。では 65 歳以上はどんな病態の人が運ばれているかというと、肺炎、脳梗塞を主体とする脳卒中、それから大腿骨頸部骨折、この３つで６割以上です（図 12、右下）。だったらそのような高齢者の搬送は地域の病院でもいいんじゃないかとシステムを考えたのが図 13 です。

図 13 は東京の町田市、八王子市、葛飾区の各医師会で、医師会をプラットフォームにした事業です。つまり医師会の中のある病院が救急車を持っていたとなると、その病院の救急車を使って患者の自宅へ出て、その病院に勤務している救急救命士が点滴をしながら地域の中の慢性期病院などへ患者を運ぶ。そして、状態が悪いということになれば消防行政の救急車を使って、つまり東京消防庁の救急車を呼んで高次の急性期病院へ運べばいいわけです。しかし、最初からそこへ運ぶということはしなくていいだろう。このことによって水平連携に準じた垂直連携を行う。そして、このことは地域社会、地域の共同体というものをもう一回作り直そうとすることにも通じるという話です。

そうするとどうなるかというと、図 14 のデータをご覧ください。八王子市の南多摩病院で院長をされておられる益子邦洋先生がおまとめになったものです。八王子市内で救急車で市内の慢性期医療機関に収容した患者数の年次推移が図 14 の上段です。病院救急車が出てくると、ググっと増える。全体が増えるのは当たり前ですよね、高齢者が増えていますから。ただ、この赤いところ（病院救急車）がググっと増えるというところに意味がある。東京消防庁の救急車が運ぶ場合においても、八王子市内で収容する率は 65 歳以上が平成 22 年は７割、平成 28 年は８割以上というデータ（図 14、下段）になります。これらから理解できますように、病院救急車を使った高齢者に関する仕事ぶりは、結局のところ、高齢者の尊厳を考えたうえでは非常に大切であるということになるのだと思います。

ちょっとまたチーム医療の話に戻します。図 15 はチーム医療の話で、医療事故に関連したお話をするときに私がよく使うスライドです。病院医療はチ

図 15

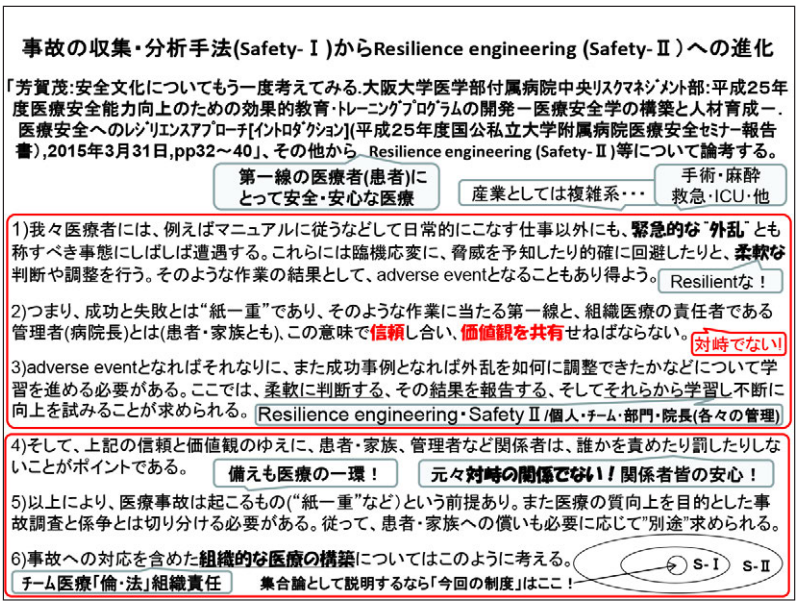


図 16

ーム医療の集積であり、チームとチームとはタイトな複雑系としての相互関係にありますので、事故はシステムの不全として扱わないといけませんよという話です。きょうはこの話を長くする時間はないので、図 16 に行きましょう。レジリエンス・エンジニアリング（Safety- Ⅱ）についてのお話をちょっとしておきます。

皆さんが普段やっている PDCA サイクルを回すための事故の収集と分析、それを Safety- Ⅰと呼ぶとすると、このレジリエンス・エンジニアリングの方法論は Safety- Ⅱであるということです。これは大阪大学の中島和江先生らが盛んに今研究をされています。

この Safety- Ⅱについて論考すると、われわれ医療者には、例えばマニュアルに従うなどして日常的にこなす仕事以外にも、緊急的な「外乱」とも呼ぶべき事態にしばしば遭遇します。そういったときに臨機応変に柔軟な判断や調整をしている。そのような作業は結果として、言わば“のるかそるか”ですので、向こう側に落ちることもある。そのようなときは、ですから、よく adverse event とか、医療事故と言いますけれども、それはうまくいくこととうまくいかないことは等価値であるという、そういう価値観です。ですから原因があるに違いないと分析したりするのとは少し違う。もともとそういうものなんだと。つまり、成功と失敗とは紙一重であると。そのような作業に当たる第一線と、組織医療の責任者である管理者（病院長）とは、もちろん患者や家族もそうであるべきなのですが、その意味でお互いに信頼し合って価値観を共有している。adverse event となればそれなりに、成功事例となればそれなりに、外乱をいかに調整できたかについて学習を進める。ここに柔軟に判断して、その結果を報告して学習し、不断に向上を試みる。これが Safety- Ⅱだというのですね。個人のレベル、チームとしてのレベル、部門としてのレベル、そして院長、はたまた開設者である理事長、それぞれの管理はもちろん異なるわけです。つまり、各々についてこの Safety- Ⅱに関する取り組みは違いますが、いずれにしても価値観を共有しているということ、対峙ではないというところにポイントがあります。

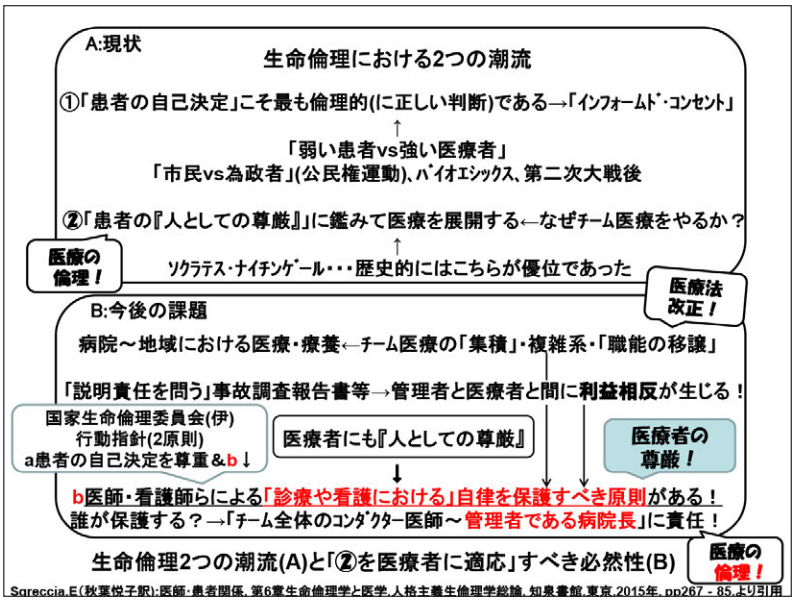


図 17

法的責任そのものへ！

左下参照

群大病院「組織的責任」

手術死問題 遺族に説明、補償意向も

群馬大学病院の手術死問題で、病院側が組織としての過失責任を認める意向を一部の遺族に伝えていることがわかった。病院は責任を認めた上で必要な補償を行う方針だ。遺族側の弁護団によると、医療事故を巡り、病院側が、医師が行った医療行為の適否だけでなく、組織自体の過失責任を認めるのは異例という。

群馬大病院は今年7月に調査報告書が完成したのを受け、死亡した50人の遺族に調査結果を個別に説明しており、近く終了する。

弁護団によると、代理人を務める7遺族への個別説明に際し、「執刀医らの医療行為、診療科長(教授)の監督行為、病院の構造・組織の不備」をいずれも問題として病院組織の責任を認めるか尋ねた。これに対し田村遵一病院長らは「指摘の通り。病院の管理体制が悪かった」などと組織の責任を認め、補償する考えを伝えた。執刀医や教授の今後の対応にかかわらず、病院としては補償を行う方針。

2004年に発覚した東京医大の心臓手術死問題など、病院が問題を認めた過去の事例では、医師の医療行為を不適切として補償するのが一般的で、組織の過失責任を認めた例は極めて珍しいという。

弁護団の梶浦明裕事務局長は「組織の問題が被害を生み出したという実態と、再発防止を望む遺族の気持ちに即した解決につながる第一歩」と話し、今後は、「執刀医や教授が真実を語るかどうかで、行政処分の要望や刑事告訴などの対応を検討する」としている。

読賣新聞 平成28年9月21日

組織責任の法理(ｱﾒﾘｶ法)

定義：病院が患者の安全・医療の質の確保を怠った場合に組織体が直接的に責任を負う。それは病院に滞在する間の、患者の安全と福祉を保障する

(1)組織責任の内容：病院が患者に対して直接負う義務
- (a)安全と適切な設備・備品の保持において合理的な注意を行使する義務
- (b)能力ある医師を選択し、保持する義務
- (c)患者のｹｱに関して病院の中で、医療を行う人全てを監督する義務
- (d)患者に適切なｹｱを保障するための適切なﾙｰﾙおよび手続きを案出・採択・執行する義務

(2)組織責任の性質：直接責任、過失責任、譲渡できない義務

髙川浩子:組織医療における損害賠償責任,日本賠償科学会第66回研究会,2015年6月,東京

図 18

さっき 49 対 51 の話をしましたが、こちらも 51 のほうが重要なポイントとなるはずです。

医療事故で言えば、信頼と価値観のゆえに誰かを責めたり罰したりするものではありませんよとか、紙一重ということから、もともとそういうことが起こり得るということを前提にしたうえで償いも必要なんだとか、そういうふうに考えましょうということがあります。きょうはこの話を長々とするつもりはないので簡単に言うと、図 16 の右下に“集合”を示すグラフがありますが、今回の新しい制度は真ん中、Safety- Ⅰはその外側、Safety- Ⅱはもっと外側の集合となります。集合論的には、そういう話です。

もう一回倫理の話に戻しますと、図 17 をご覧ください。図 17 の上半分は先ほど述べた二つの流れ、これはいいですよね。“自己決定 49”“人としての尊厳が 51”なんて言い方をしましたが、どちらも大事。ただ、51 のほうを見ながらチーム医療をやるというふうに考えると、かなり合理的な解釈ができるだろうということです。

今後の課題として、結局今言ったチーム医療の集積が病院医療なのですが、結構複雑系をなしている。かつ職能の移譲という新しい方法論も入ってきている。そこで図 17 の下半分を説明しましょう。しばしば事故報告書が出されますが、説明責任を問うような、つまり管理者と医療者との間に利益相反が生じているというような報告書もあります。しかしながら、医療者にも人としての尊厳がある。これは誰も疑う余地がありません。これは秋葉先生に教えていただいたのですが、イタリアの国家生命倫理委員会には二つの行動原則があると。一つは患者の自己決定を尊重しなさいということ。もう一つは、医師・看護師らによる診療や看護における自律を保護すべき原則があると。患者の自己決定を尊重するということと、医療者の人としての尊厳に鑑みて彼らの自律を保護する、これが大事だと言うんですね。ではそれを誰が保護するかというと、これはおそらくチーム全体のコンダクターたるドクターや、または管理者である病院長ではないかと。つまり、職能の移譲という新しい方法論を病院の中で用いる、またはチーム医療そのものをそういうふうな形で展開させると

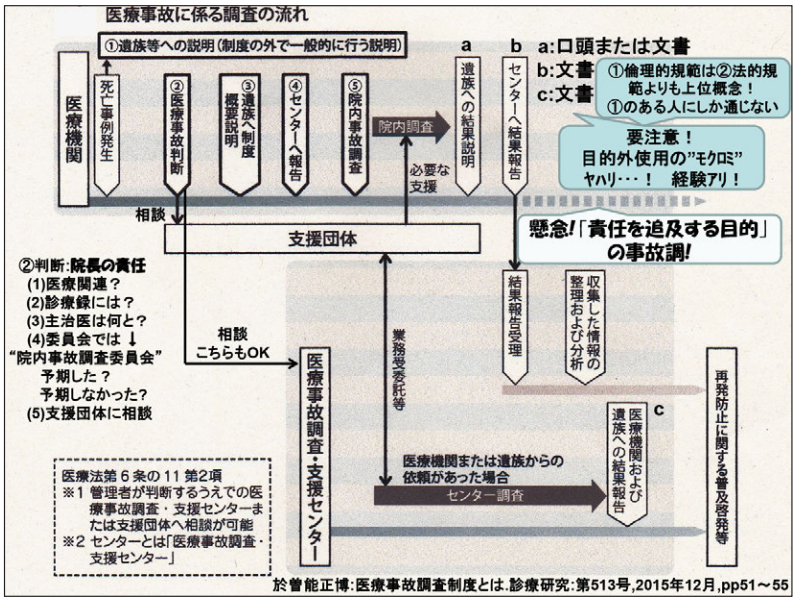
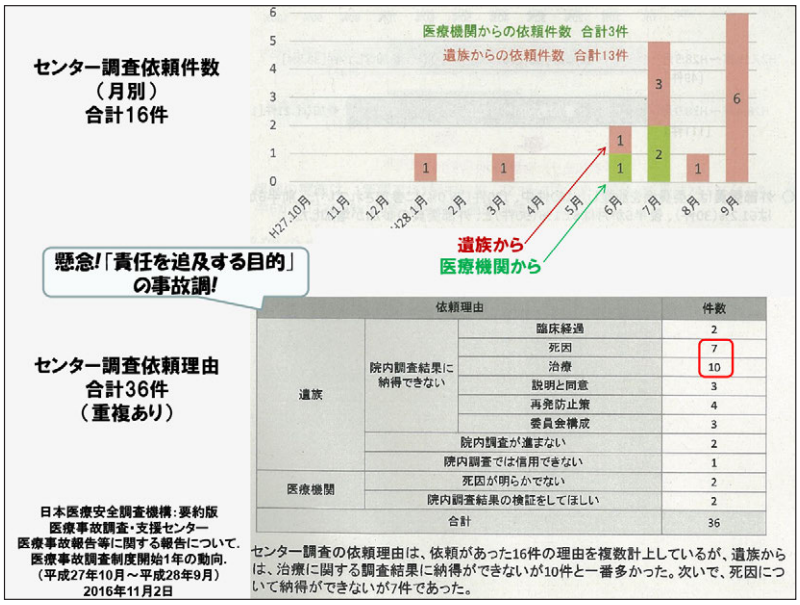


図 19



依頼理由			件数
遺族	院内調査結果に納得できない	臨床経過	2
		死因	7
		治療	10
		説明と同意	3
		再発防止策	4
		委員会構成	3
	院内調査が進まない		2
	院内調査では信用できない		1
医療機関	死因が明らかでない		2
	院内調査結果の検証をしてほしい		2
合計			36

図 20

ということで、それをわかって合理的にやれという話になりますから、そういう意味では病院長は上述した「彼らの自律を保護すること」を考えないといけないということになります。

図 18 に示す記事は読売新聞です。群馬大学病院が組織的な過失責任を認めたという話です。「弁護団によると」といろいろ書いてあります。病院が過失を認めた過去の事例では、医師の医療行為を不適切として補償するのが一般的であって、組織の過失責任を認めたのは極めて珍しいのだそうです。実は米国には組織責任の法理という法理があって、これは峯川浩子先生という日本大学病院の看護師だった方で、今は大学の法学部で教鞭を執っておられます。図 18 下はその方から伺ったお話ですが、組織責任の内容は、病院が患者に対して直接負う義務であると。このａ（安全と適切な設備・備品の保持において合理的な注意を行使する義務）とｂ（能力ある医師を選択し、保持する義務）は医療の質で言うところのストラクチャーです。一方、ｃとｄですが、患者のケアに関して医療を行う人すべてを監督する。それから、適切なルール・手続きを案出・採択する。これらは言わばクリニカルパスですよね。ですからｃ（患者のケアに関して病院の中で、医療を行う人全てを監督する義務）とｄ（患者に適切なケアを保障するための適切なルールおよび手続きを案出・採択・執行する義務）はプロセスです。ですからプロセスについても組織責任がある。したがって、かつての JCAHO、今のジョイントコミッション・インターナショナルは、そのような観点で病院の第三者評価を行って、それで病院長の責任をチェックするということになるわけです。

ちなみに今、日本医療機能評価機構においても、大学病院の第三者評価は普通の病院とは少し違うだろうということで、大学病院の評価をしようとしています。つまり大学病院では新しい治療法を開拓したり、新しい薬を人に使い、それなりの結果を出してそれを全国に広めるという役割があります。ですから、かなり危ないことをやらなければいけない。大学においてはそういう意味でのガバナンスが必要であるということで今、議論をしております。これ

診療に関連した予期せぬ有害事象(死亡事故など)の調査のあり方
全国医学部長病院長会議 大学病院の医療事故対策委員会
平成25年5月16日理事会，5月17日総会

それでも倫理的側面から毅然と！

1)はじめに
①我々医療者は、患者の人としての尊厳に鑑みてその患者にとって最も正しいと思われる医療を行う。このことが、患者の意思を尊重することとともに、我々の職業倫理の主軸を成している。診療に関連した有害事象(死亡事故など)について調査をすることは、このようにして展開している日常診療の延長線上に位置づけられる我々の責務である。
すなわち、調査を行う目的は、事故の原因分析を通じて再発の防止について、つまり1)③に述べる「システム」の改善などについて検討し、日常診療における患者の安全をより一層高め、医療の進歩に寄与することである。その意味で、調査を行うことそのものと、患者・家族の意思の如何とは直接的な関係にない。

これら「全国医学部長病院長会議HP」をご覧ください！

医療事故調査制度に関するガイドラインについて
全国医学部長病院長会議 大学病院の医療事故対策委員会
平成27年11月20日理事会
・・・確かに法の趣旨は医療の確保に資すべく病院医療の安全面における質向上を構築することであり、医療事故にしばしば伴う、患者側からの訴えや係争を直接的に取扱うものではありません。しかし、患者や家族にとって看過できない事例ともなれば、やはり医療者はこのことを見据えて対応する場面もあり得ましょう。・・・事故の調査が患者・家族と医療者との相対的な均衡の上に展開するものではなく、医療のあり方そのものとして、我々の職務の延長上に行うべき事柄であるということです。つまり、調査の基本は院内事故調査で、これは院内の医療者が職業倫理に則る自律と軌を一にします。・・・

図21

は日本医療機能評価機構の理事長から聞いたのですが、たぶん、厚生労働省令として第三者評価を受けろということになるかもしれません。その第三者評価を受ける仕組みや物差し（基準）を作ることについては、今、私が座長になってやってますが、そうなると図18の下にあるアメリカ法として書いてあることとまったく同じようなことが日本においても普通の考え方になるのでしょう。いずれにしても、その倫理的な観点は図17の下段にある「行動指針aとb」の部分にあります。病院長の責任というのは、強いて言うと、それにしては給料が安すぎるとしか言いようがないぐらいの重大なテーマであると考えるわけです。

図19は医療事故に係る調査の流れです。倫理的な規範は、法的規範よりも上位概念である。これは慶應大学法学部の中谷瑾子先生が僕に直接教えてくださったことでありますが、全国医学部長病院長会議は、倫理的な規範は法的な規範よりも上位概念だという観点で、この医療事故に係る調査の流れについても位置づけています。ただ、この観点は同じように思っている人にしか通用しません。この仕組みを自分のポケットに入れるお金の元というふうに思っている人も世の中にいますので、そういう人たちが跋扈するとえらい目に遭う。

図20は医療事故調査・支援センターができて1年経ったときのデータです。医療機関からセンターへの調査の依頼はたった3件で、あとは全部患者の遺族側からです。患者の遺族側というよりむしろ弁護士さんでしょう。責任を追及する目的でこれを使いたいという人がいる。私たち全国医学部長病院長会議では、そういうことは最初からわかっていましたので、毅然と立ち向かうわけではありませんが、倫理的側面から、当たり前のこととして、「我々医療者は、患者の人としての尊厳に鑑みてその患者にとって最も正しいと思われる医療を行う。このことが、患者の意思を尊重することとともに」、先ほど述べた49対51のことです。そして「我々の職業倫理の主軸を成している。診療に関連した有害事象（死亡事故など）について調査をすることは、このようにして展開している日常診療の延長線上に位置づけられる」と。だから、「システムについて改善を検討する」と。「日常診療における患者の安全をより一層高め、医療の進歩に寄与することである。その意味で、調査を行うことそのものと、患者・家族の意思の如何とは直接的な関係にない」と述べております（図21、上）。

平成27年には、医療事故調査制度に関するガイドラインを出すにあたって（図21、下）「確かに法の趣旨は医療の確保に資すべく病院医療の安全面における質向上を構築すること」であると。「医療事故にしばしば伴う、患者側からの訴えや係争を直接的に取扱うものではありません。しかし、患者や家族にとって看過できない事例ともなれば、やはり医療者はこのことを見据えて対応する場面もあり得ましょう」と。あってもいいんですね。ただ、「事故の調査そのものが患者・家族と医療者との相対的な均衡の上に展開するものではなく、医療のあり方そのものとして、我々の職務の延長線上」にある事柄だと述べています。「つまり、調査の基本は院内事故調査であって、うんぬんかんぬん」とも追加しています。

こういうふうに倫理的な規範についてのメッセー

「責任の追及」が明白となったら･･･↓6)！

全医･病会議発第196号
平成28年9月23日

一般社団法人医療安全調査機構
高久 史麿 理事長 殿

一般社団法人全国医学部長病院長会議
会長 新井 一
大学病院の医療事故対策委員会
委員長 有賀 徹

実際にはハンコ2つ

拝啓
時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
さて、本会議に組織されます「大学病院の医療事対策委員会」では、いわゆる改正医療法に伴って”法的に定義された医療事故”を貴機構に報告する際の一連の作業において、各地に所在する大学医学部、同附属病院と都道府県医師会が支援団体として協力する方策や、関連する諸課題について議論してまいりました。
そこで、本会議として貴機構に確認すべく、以下について申し入れたく思います。宜しくご検討ください。

敬具

記

1)医療事故調査制度は、上記の法の趣旨に鑑みて、警察への届け出に代替えするものではないこと、および係争の手段でないことについて確認する。

2)大学病院ではいわゆるアクシデントについて、今までも真摯に事例の検討を行ってきた。それは”法的に定義された医療事故”であるか否かを問わない。上記の協力関係においてもこの方針の通りであるが、貴機構への報告事例は”法的に定義された医療事故”である。

3)都道府県医師会には各種支援団体を取り纏める協議会の設置が求められている。各地に所在する大学医学部、同附属病院はこの観点でも都道府県医師会と協力体制を組む。

4)医療事故の判断並びに調査の主体は管理者にある。報告の責任も管理者の下にある。調査の展開にあっては主体的ないし自律的な方法を阻害してはならない。中立性などの”相対的な価値”を以て、外部から不要な干渉をすることは許されない。

対峙の構図構築への警鐘！

5)各地に所在する大学医学部、同附属病院と都道府県医師会とが支援団体として協力する際にも、上記1)、2)、3)、4)の諸原則を遵守する。このことにより、地域医療において医療者と患者・家族らとの信頼関係を強化することは、先の法の趣旨と調和ないし共鳴する。

6) 未来に渡って予測することは不可能であるが、現に事故調査報告書が係争の具として利用されることが明らかな場合には、医療安全の確保という制度の目的に鑑みて、貴機構において今回の法に規定される作業は行わない。係争の手段として行われる事象は全て、この法の埒外にて処理されるべきである。

眼目！

以上

上記5)は約3年前も！

「死因究明に向けての動向に鑑みて」
全国医学部長病院長会議平成26年5月15日(理事会),同16日(総会)

(参考) 地域によっては、次のような流れ(フロー)を実践している事例もある。すなわち医療機関は、事象の発生後に速やかに、まず第三者機関*に連絡し、剖検取得の支援、調査分析支援チーム(医師･看護師)の派遣を受ける。そして、院内事故調査委員会の開催、報告書の作成を第三者機関の支援を受けながら行う。ここで第三者機関は地域(県)医師会に置かれ、実質的に地域医師会によって束ねられた大学病院などが協力している。一般診療と同様に、医療安全の面でも中小病院を地域の基幹病院が支援する構図となっている。このことにより、事故の当事者である患者･家族と医療者の間における信頼関係が強化･補完されているものと理解することができる。

(注) * 現在の日本医療安全調査機構ではない

図 22

ジを出し続けてきましたが、世の中の人はこの委員会の委員長である私に「もっと出し続けろ」と言いますが、かなり疲れてきていることも事実です。図22は、先般、責任の追及が民事裁判などで明白となったら医療安全調査機構による作業はストップしてくれということを申し入れたものです。1）から順に説明すると、まずは医療安全調査機構への報告は警察への届出に代替するものではなく、係争の手段でもない。アクシデントについて、今までも一生懸命対応してきた。あなたたちへ報告する事例は法的に定義された事故であると。都道府県医師会と、大学の医学部や附属病院とは医療事故について一緒にやっていて、次のようなことを確認しています。すなわち、調査の主体は管理者である。報告の責任も管理者にある。調査の展開にあっては主体的ないし自律的な方法を阻害してはいけない。中立性などの“相対的な価値”を以て、外部から不要な干渉をすることは許されない。中立というのは、対立の構図があるから中立なのです。中立とか透明とか耳障りのいい言葉にだまされてはいけないという話なのです。これは対立の構図への警鐘です。

そして、図22の5）に「各地に所在する大学医学部、同附属病院と都道府県医師会とが支援団体として協力する際にも、上記1）、2）、3）、4）の諸原則を遵守する。このことにより、地域医療において医療者と患者・家族らとの信頼関係を強化することは、法の趣旨と調和ないし共鳴する」とあります。前述のように6）では「未来に渡って予測することは不可能ではあるが、現に事故調査報告書が係争の具として利用されることが明らかな場合には」フリーズしてくれと。「医療安全の確保という制度の目的に鑑みて、貴機構において今回の法に規定される作業は」やめてくれと。「係争の手段として行われる事象は全て、この法の埒外にて処理されるべきである」というふうに言っております。必死で頑張ってるんですね。この5）については、平成26年にも実は、全国医学部長病院長会議の大学病院の医療事故対策委員会から「実質的に地域医師会によって束ねられた大学病院などが協力している。一般診療と同様に、医療安全の面でも中小病院を地域の基幹病院が支援する構図となっている。このことにより、事故の当事者である患者・家族と医療者の間における信頼関係が強化・補完されている」という

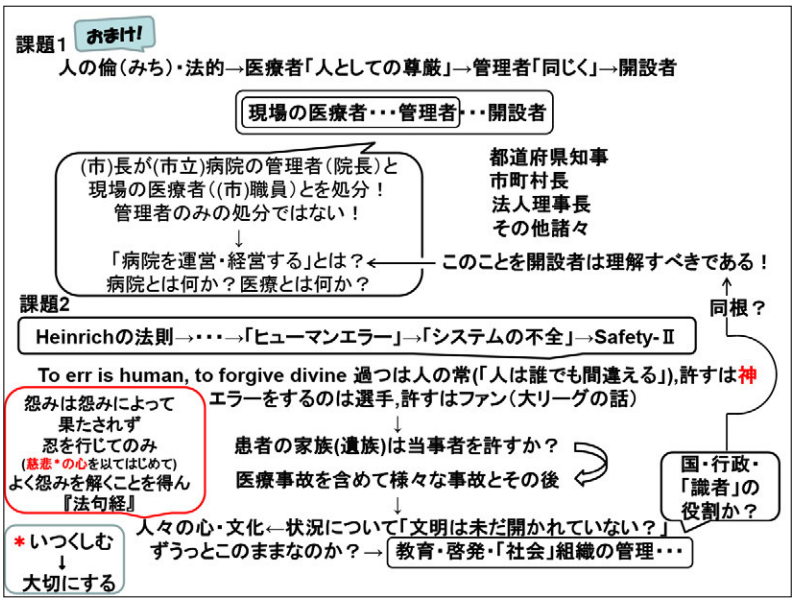


図 23

図 24

メッセージが出されています。一貫して言っていることは同じです。

で、ちょっぴりおまけをします。おまけというか、人の倫(みち)に関連して先ほどCOI（利益相反）の話もしました（図23）。これは医療者と管理者の間のことです。ただ管理者の上に開設者がいます。知事だとか法人の理事長だとか。こういう人たちにとって、実は病院を運営・経営するとはどういうことか、医療とは何だということについてわかってるかというと、かなりわかっていない。ある市長が、市立病院の院長と現場の医療者（市の職員）を処分した（図23、課題1）。この人たちには選挙がありますので、ポピュリズムそのもので成り立っているような世界ですから、そういうふうな意味で医療倫理の世界も横から揺さぶられることがしばしばあります。

先ほど、ハインリッヒのころからヒューマンエラーを経てシステムのSafety-Ⅰ、そしてSafety-Ⅱの話をしました。けれども、To err is human, to forgive divine（過ちは人の常、人は誰でも間違える。許すは神）となってはいないんですね。「エラーをするのは選手、許すはファン」という大リーグの話もありますが、隣の国もこの国も、遺族は当事者を許すか。現状について、人々の心はずっとこのままなのか。教育・啓発・社会組織の管理ということで、ここに参集する方たちはある意味識者ですから、そのような人たちはやはり社会活動の一環としてやっていかなければいけない。『法句経』に「怨みは怨みによって果たされず、忍を行じてのみよく怨みを解くことを得ん」という言葉があります。忍、つまり慈悲の心を以てはじめて怨みを解くことができるんだということですね（図23、左下）。

図24の記事を皆さんは目にしたことがあるでしょうか。フランスで起きた同時多発テロで奥さんを亡くした旦那さんが、テロリストに向けた手紙をフェイスブックに公開しました。「君たち（テロリスト）は僕にとってかけがえのない命を奪った。最愛の人で、息子の母の命だ」「君たちは憎しみを期待しているのだろうが、怒りで応じれば君たちと同じ無知に屈することになる」と。このような先進性のある人の考え方のようになれるか、そこが究極のポイン

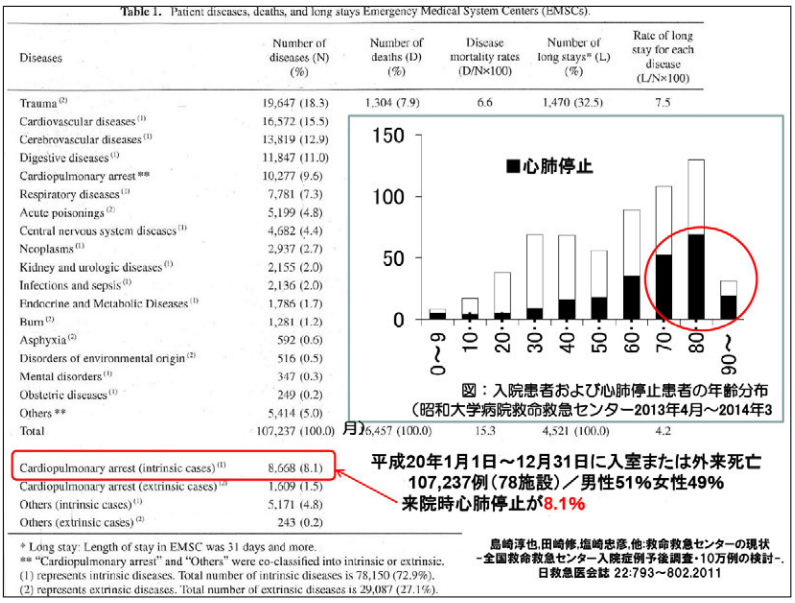


Table 1. Patient diseases, deaths, and long stays Emergency Medical System Centers (EMSCs).

Diseases	Number of diseases (N) (%)	Number of deaths (D) (%)	Disease mortality rates (D/N×100)	Number of long stays* (L) (%)	Rate of long stay for each disease (L/N×100)
Trauma (2)	19,647 (18.3)	1,304 (7.9)	6.6	1,470 (32.5)	7.5
Cardiovascular diseases (1)	16,572 (15.5)				
Cerebrovascular diseases (1)	13,819 (12.9)				
Digestive diseases (1)	11,847 (11.0)				
Cardiopulmonary arrest **	10,277 (9.6)				
Respiratory diseases (1)	7,781 (7.3)				
Acute poisonings (2)	5,199 (4.8)				
Central nervous system diseases (1)	4,682 (4.4)				
Neoplasms (1)	2,937 (2.7)				
Kidney and urologic diseases (1)	2,155 (2.0)				
Infections and sepsis (1)	2,136 (2.0)				
Endocrine and Metabolic Diseases (1)	1,786 (1.7)				
Burn (2)	1,281 (1.2)				
Asphyxia (2)	592 (0.5)				
Disorders of environmental origin (2)	516 (0.5)				
Mental disorders (1)	347 (0.3)				
Obstetric diseases (1)	249 (0.2)				
Others **	5,414 (5.0)				
Total	107,237 (100.0)	16,457 (100.0)	15.3	4,521 (100.0)	4.2
Cardiopulmonary arrest (intrinsic cases) (1)	8,668 (8.1)				
Cardiopulmonary arrest (extrinsic cases) (2)	1,609 (1.5)				
Others (intrinsic cases) (1)	5,171 (4.8)				
Others (extrinsic cases) (2)	243 (0.2)				

* Long stay: Length of stay in EMSC was 31 days and more.
** "Cardiopulmonary arrest" and "Others" were co-classified into intrinsic or extrinsic.
(1) represents intrinsic diseases. Total number of intrinsic diseases is 78,150 (72.9%).
(2) represents extrinsic diseases. Total number of extrinsic diseases is 29,087 (27.1%).

図 25

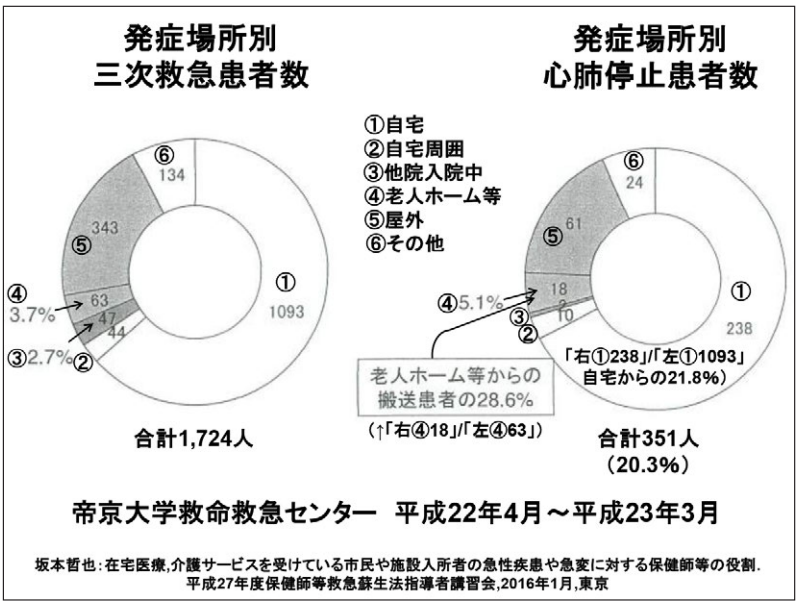


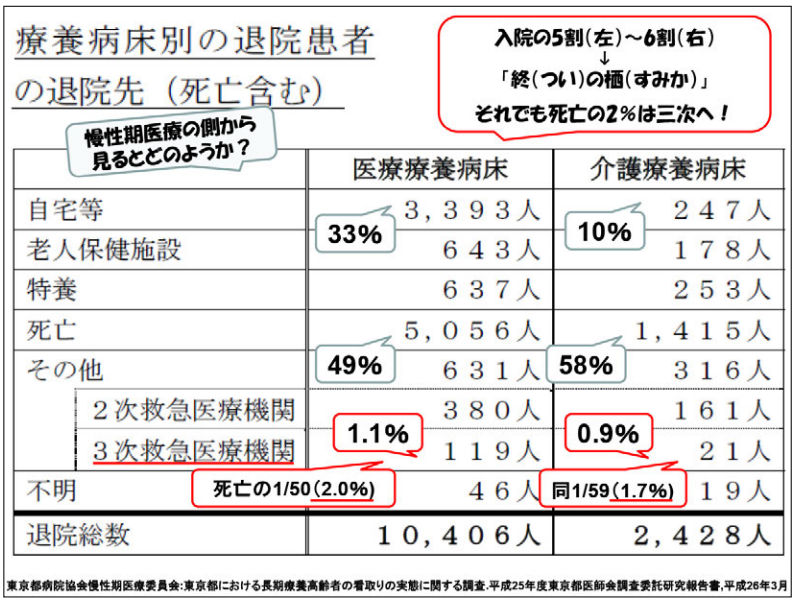
図 26

トなのかもしれません。

最後にちょっと死生学的な話をして終わりにします。図 25 は平成 20 年の 1 月から 1 年間の 78 カ所の救命救急センターから集計した結果です。約 10 万件で男性がちょっと多い。来院時の心肺停止は 8 %です。昭和大学病院での結果では、棒グラフのようになっています。黒の部分が心肺停止症例です。図 26 は帝京大学です。帝京大学も三次救急患者が年に 1,700 人ほどいて、どこから来たかというと、自宅からとか、屋外から来た、老人ホームから来たなどいろいろありますが、心肺停止に関して言うと、老人ホームから来た患者さんの何と 3 割弱が心肺停止です。自宅から来ても 2 割がそうだと。まあ、自宅から来るのはしょうがないんでしょうが、老人ホームからも救急車で来る。

このような場合に関連して送り手側の事情を見てみますと、東京都病院協会の慢性期医療委員会が東京都における長期療養高齢者の看取りの実態に関する調査という調査をやっています（図 27）。医療療養病床と介護療養病床のそれぞれで、どこへ退院したかを挙げると、死亡退院が 49%と 58%です。そのうち、その他として二次救急の病院に行ったり、三次救急の病院に行ったりする。どうもこの三次救急に行く症例が心肺停止かな、と思うのですが、それが 1.1 %と 0.9%です。ですからこの「49 と 1 」分の 1.1、つまり 2 %程度が医療療養病床から救命救急センターへ行っている。介護療養病床はそれよりちょっと少なそうです。これが 21 人だから 0.9、「58 と 1」分の 0.9 は 1.7%。ですから、1.7%から 2 %、つまり、おおむね 2 %は救命救急センターが終の栖（すみか）となっているようです。

本当にそれが真実か。図 28 は救命救急センターに運ばれた症例の分析を示しています。左下の日本救急医学会によるデータベースからの円グラフについては、まだ症例数がそんなに多くはありませんが。いずれにしても、搬入された心停止の転機は自宅退院が 7 例、3.5%いるわけです。これは蘇生して元気になっているということです。その他のグラフは日本老年医学会雑誌に掲載された金子直之先生の論文からですが、45 歳以上の人が 1 年間の心肺停止で三次



療養病床別の退院患者の退院先（死亡含む）

入院の5割(左)～6割(右)
↓
「終(つい)の栖(すみか)」
それでも死亡の2%は三次へ！

慢性期医療の側から見るとどのようか？

	医療療養病床	介護療養病床
自宅等	3,393人	247人
老人保健施設	643人	178人
特養	637人	253人
死亡	5,056人	1,415人
その他	631人	316人
2次救急医療機関	380人	161人
3次救急医療機関	119人	21人
不明	46人	19人
退院総数	10,406人	2,428人

33%　10%　49%　58%　1.1%　0.9%
死亡の1/50(2.0%)　同1/59(1.7%)

東京都病院協会慢性期医療委員会:東京都における長期療養高齢者の看取りの実態に関する調査.平成25年度東京都医師会調査委託研究報告書,平成26年3月

図 27

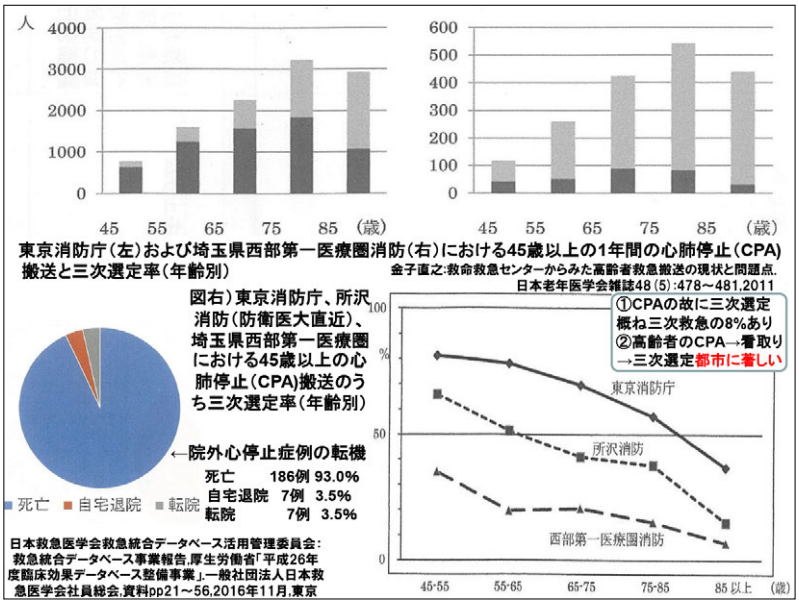
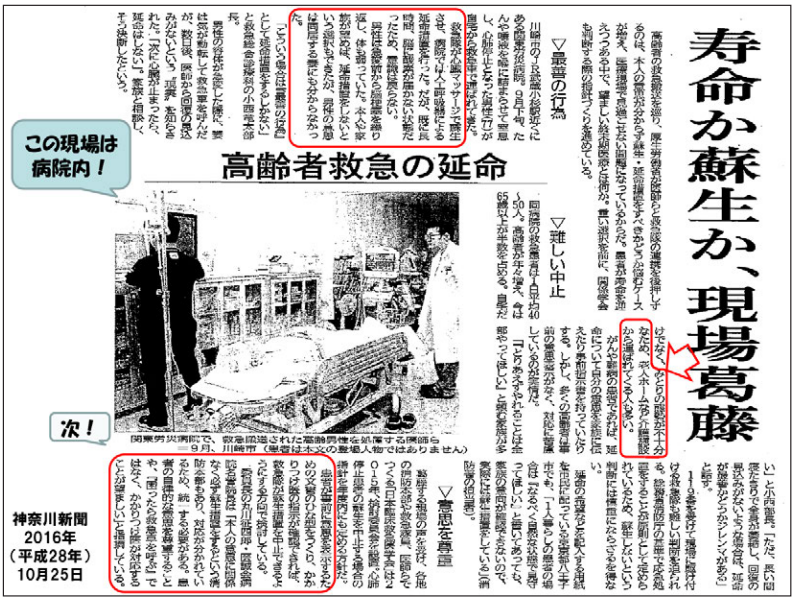


図 28

救急に運ばれたのがどれくらいいるかについて、東京消防庁と埼玉県西部の消防本部を比較したものです（図 28、上２つのグラフ）。ここから 75 歳ないし 85 歳のところに山があるのがわかりますね。それでも埼玉県西部においてはなかなか三次救急には運びません。でも東京だと圧倒的に運んでいます。その下にある折れ線グラフにある所沢消防というのは、東京と埼玉県西部の間ぐらい。つまり、ここには防衛医科大学病院（防衛医大）があるんですね。防衛医大があるので、やはり埼玉県西部よりはそこの救命救急センターに運んでいる。東京消防庁はもっとたくさん運んでいる。つまり、心肺停止症例について三次選定をしているのは全国的には８％ですが、高齢者の心肺停止で看取りというふうな脈絡で運んでいるとしか思えないようなことは、都市部に著しいということがよくわかります。

図 29 は、神奈川新聞に掲載された関東労災病院の記事です。「寿命か蘇生か現場葛藤」とありますが、「みとりの態勢が不十分なため、老人ホームなど介護施設から運ばれてくる人が多い」ということです。自宅から心肺停止で運ばれるときも心マッサージをして…とあるのですが、「本人の意思に関係なく必ず蘇生処置をするという消防本部もある、対応が分かれている、統一する必要がある」というようなことを日本臨床救急医学会が言っています。図 30 は読売新聞ですが、同じく関東労災病院の記事です。ここで彼らがやっているのは、患者の人としての尊厳に鑑みたうえで、医療者の自律、チーム医療としての善行の原則に則って、「天寿を全うした」という判断で蘇生処置を止めるということができている。では、救急隊はこのような判断はできるのか。法的には、できませんよね。

図 31 は救急隊の蘇生中止に基準を設けようということで、日本臨床救急医学会が統一された基準を作るための委員会を設置したという朝日新聞の記事です。本人や主治医が事前に意思表示をする書面のひな形を作るということですね。要するに、基本的には本人の選択によって、つまり本人の「蘇生処置をしないでくれ」という選択を、家族が忖度する、または主治医がそれを知っておくということです。これはこれでいいと思うのですが、じゃあ本人が「蘇



寿命か蘇生か、現場葛藤

高齢者救急の延命

この現場は病院内！

次！

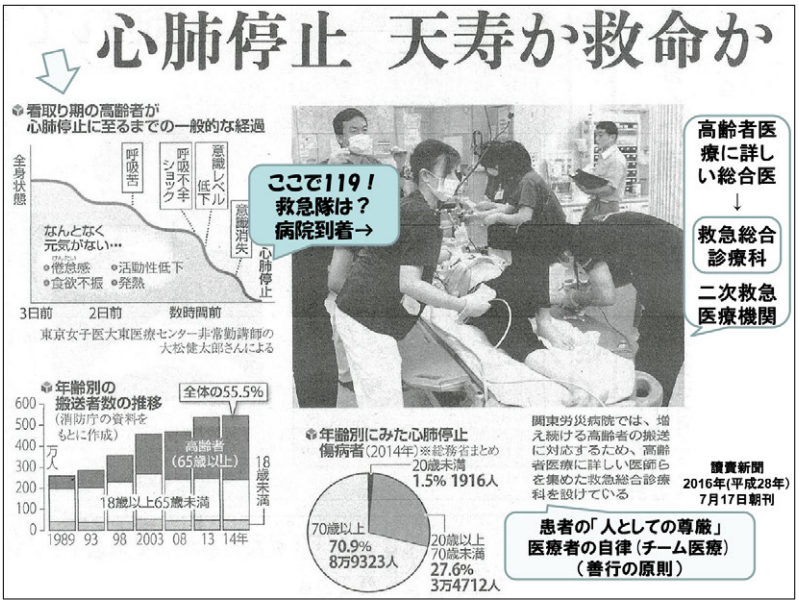
▽最善の行為

▽難しい中止

▽意思を尊重

神奈川新聞
2016年
（平成28年）
10月25日

図 29



心肺停止 天寿か救命か

看取り期の高齢者が心肺停止に至るまでの一般的な経過

全身状態

呼吸苦

呼吸不全 ショック

意識レベル低下

意識消失

心肺停止

なんとなく元気がない…

倦怠感　活動性低下

食欲不振　発熱

3日前　2日前　数時間前

東京女子医大東医療センター非常勤講師の大松健太郎さんによる

ここで119！救急隊は？病院到着→

高齢者医療に詳しい総合医

↓

救急総合診療科

二次救急医療機関

年齢別の搬送者数の推移

（消防庁の資料をもとに作成）

全体の55.5%

高齢者（65歳以上）

18歳以上65歳未満

18歳未満

年齢別にみた心肺停止傷病者（2014年）※総務省まとめ

20歳未満 1.5% 1916人

70歳以上 70.9% 8万9323人

20歳以上70歳未満 27.6% 3万4712人

関東労災病院では、増え続ける高齢者の搬送に対応するため、高齢者医療に詳しい医師らを集めた救急総合診療科を設けている

患者の「人としての尊厳」
医療者の自律（チーム医療）
（善行の原則）

讀賣新聞
2016年(平成28年)
7月17日朝刊

図 30

生処置をしてくれ」と言ったらやるのか。先ほど述べている人それぞれの考えというんですか、本人の選択こそもっとも倫理的であるという個人主義的な観点でいくと、いったいどうなっちゃうんだろうと思うわけです。

図 32 の右半分の記事は明日のランチョンセミナーに登壇してくださる救急救命東京研修所の田邉晴山先生が、病院前救急医療体制と看取りということでお書きになったものです。心肺蘇生を望んでいないとすれば、心肺停止時に１１９番通報をしない、頼らない、そういう体制を作れと。イラストにある「意思表示書」これが出てきたら止める。これがなければやる。よくわかりませんが、いずれにしても、救急要請と処置の間で救急隊員が困惑している現状があるわけです。確かにそうですよね。けれどこのように言うのであれば、代替え的な手段を示さないと、家族は路頭に迷うことになると言うことができます。

たいていの人は、連れ合いのお父さまお母さまも含めて多くても４回しか看取ることができないわけです。医療者のように頻繁に看取っているのとは違いますので、簡単にはいかないわけです。ですから、心肺停止時に病院救急車が現場に行くというのは、ある意味で大変大きな意義がある。ここに「救急隊員が困惑する」と書いてありますが、本当に困っているのはご家族ですので、臨床倫理学的な観点からすれば、ルールを作るという話の上に、倫理的な規範として患者・家族を慮る、そういった視点が必要なのだと思います。

図 33 に臨床フレイル・スケールを示しました。１番から９番まであり、７番は重度、８番は非常に重度、９番は終末期（ターミナル）です。この中では、７、８、９番であれば、患者の人としての尊厳に鑑みて医療者の自律、つまり救急隊員の自律という観点から、チーム医療としての善行の原則に則って、本人にとって最善の方法を選択したということで、蘇生処置をやめてもいいんじゃないか。いいんじゃないかじゃなくて、やめるべきなんじゃないか。論文を引用させていただいた中川翼先生は、本人の意思について、その意思表示ができないなら家族の意思でいい、それを基に、本人または家族が医師と十分に話し合いをしていることを前提に、その

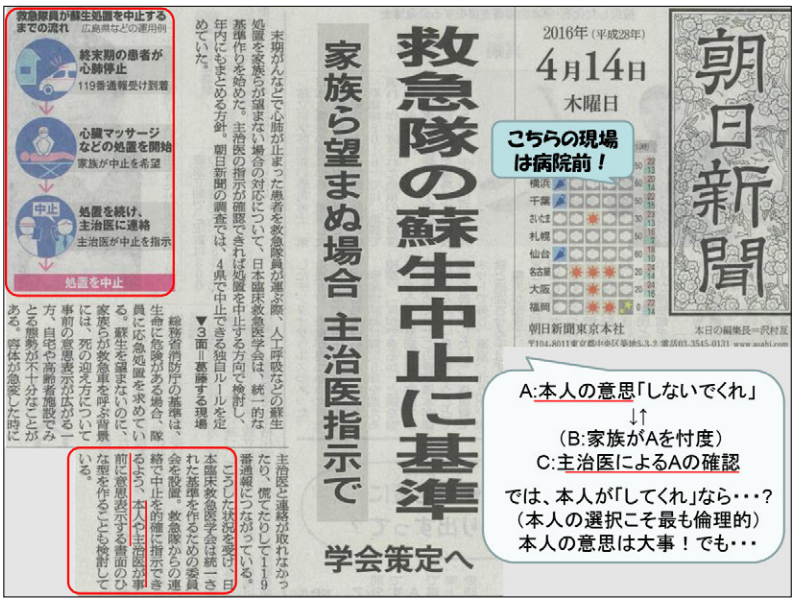


図 31

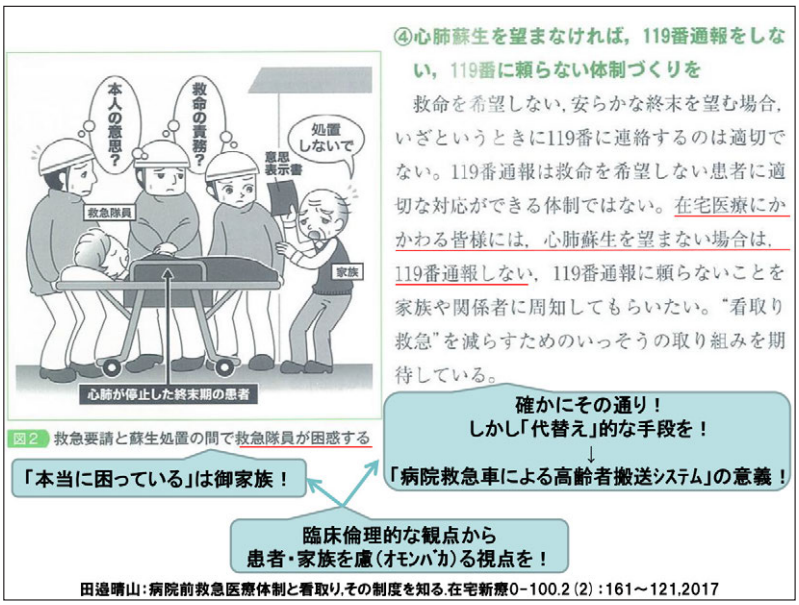


図 32

人にとって最善の方法を選択するのがいいんだと。また、先般、東京大学の安田講堂で行われた清水哲郎先生の最終講義（2017 年 3 月 4 日）で、私たちはどのような社会を作ろうとしているのかという題目でお話しされました。そのなかで、人それぞれ、つまり個人主義的な観点と、皆一緒というような、人の尊厳に鑑みてという観点と、両方合わせながら考えていくべきだと述べておられます。救急隊長だけの判断ではなくて、チームとしてそこに居合わせた人たちの判断で、最善の方法を選択するというふうに考えるのが筋ではないかと私は考えます。

図 34 の上半分は脳死患者における家族の受容と延命という観点からのスライドです。脳死下で臓器摘出とならない、つまり死ではないとなると、延命措置が継続されます。移植となれば延命措置は中止、つまり「死なせる」ということになります。死なせる権利が家族にあるのか。ここらへんがポイントになるのですが、そんなお堅いことを言っていても仕方がなくて、家族が総意として判断して中止をする。その総意というのは、今日の文脈で言うと、患者の尊厳や善行の原則ということがその背景ですが、家族を含めたチーム医療、つまり前出のワトソンが言うようなケアリング、家族の心を慮るような、そういうプロセスを経ることによって、患者の尊厳に則った方針を選択することが正しいのではないかということです。

先ほどの清水哲郎先生のお話にあった「人それぞれ」の視点と「皆一緒」というある意味患者の尊厳に鑑みた視点、カントで言うと「神」ということになるのでしょうか、そういう視点で、本人にとってもっともよいと思われることをやるという判断が主軸となる。したがって、先ほどのフレイルの終末期の判断ということがあれば、移植医療の議論と同様に 119 番通報の場面においても、現場で心肺蘇生術をやらないという判断をすることも臨床倫理学的な観点から考えてもよいのではないかと私としては思う次第です。ただ、これはいまだ倫理学的な観点での答えはありません。というか、答えらしいものが出たところで時代が着々と進化していきます。例えば、江戸時代の「忠義」という観点はさすがに今のこの時点において、そのまま通用するはずもありません。皆さん

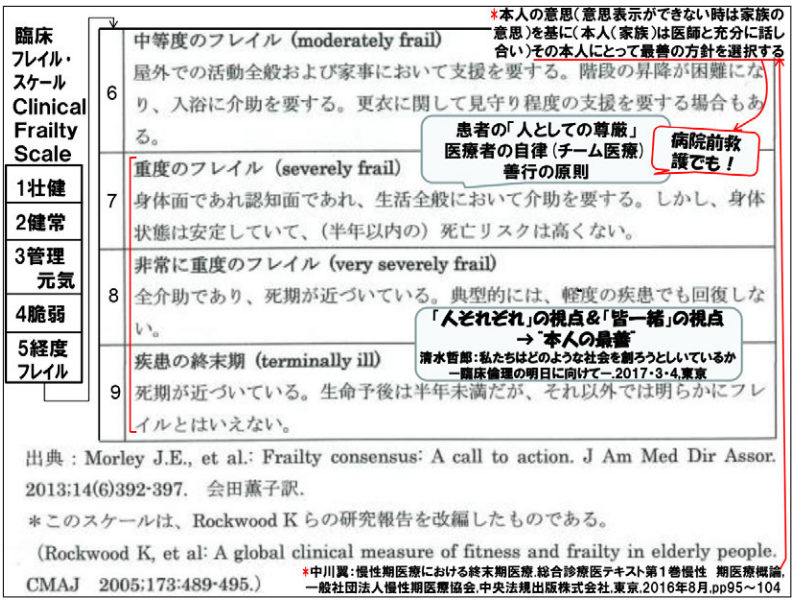


図 33

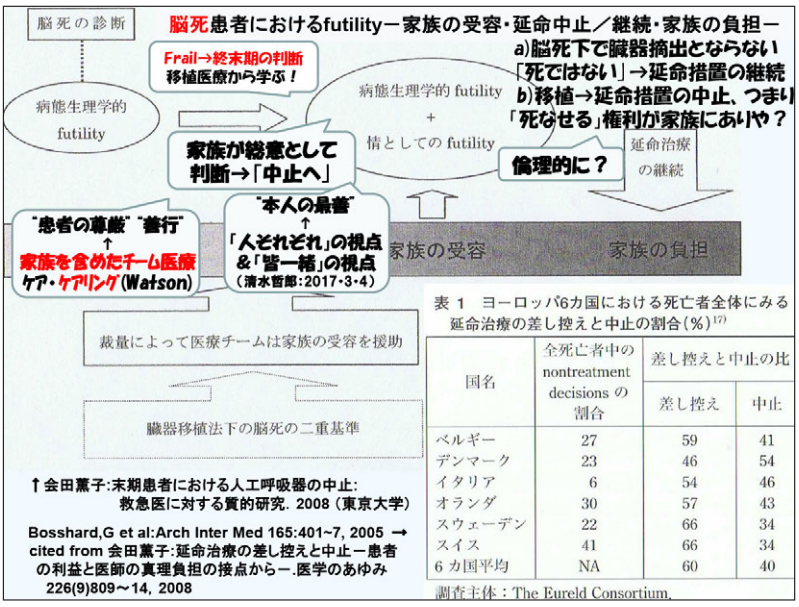


表 1　ヨーロッパ6カ国における死亡者全体にみる延命治療の差し控えと中止の割合（%）[17]

国名	全死亡者中の nontreatment decisions の割合	差し控えと中止の比	
		差し控え	中止
ベルギー	27	59	41
デンマーク	23	46	54
イタリア	6	54	46
オランダ	30	57	43
スウェーデン	22	66	34
スイス	41	66	34
6 カ国平均	NA	60	40

調査主体：The Eureld Consortium.

図 34

医療機関や介護施設、自宅ではないところ、つまりサービス付き高齢者向け住宅などで死ぬ人が増えるだろう（図 35）。この図の真ん中に東京都 23 区を管轄する東京都監察医務院による異状死の数に関する資料がありますが、1 年間に平成 15 年では総数 4,849 人、男が 6 割。まあ何となくわかりますね。男のほうが一人で寂しく死んでいく。私も妻からそんなようなことをときどき言われて、ビクビクしている（笑）。そういうわけで、仕事人間がずっと仕事をしていると私もこのような死に方をするのかもしれませんが、いずれにしても平成 15 年には約 4,800 人、平成 25 年には約 7,400 人になっています。約 1.5 倍です。死亡後 7 日過ぎて見つかったというのが、平成 15 年では 1 年間に 700 人しかいなかったのが、平成 25 年には 1.7 倍です。こういうふうな死に方は自宅で死ぬとはいえませんよね。要するに、通報があって自宅に警察官が入ったところ、死んでいた。診察券を見たら昭和大学病院と書いてあった。昭和大学病院で「この方はどんなふうでしたか」ということを聞いてくる。私は病院でその報告書を見て「またこんなことがあったんだ」といって報告書に判子を押す。1 日に平均 1 人以上ですかね、とにかくそういう状況が今あるんですね。

おわかりになると思いますが、そういう意味で倫理規範というのは相対的に進化していくということもあると思います。

最初に示したように、国体の護持といったときに述べたような絶対的な価値規範はあるとしても、それをどう現場に適応させていくかということについていえば、それは進化していく。

人が死ぬというときに、清水哲郎先生は「自宅で死ねるのは贅沢かもしれないね」と個人的にはおっしゃっていましたが、2025 年とか 2030 年になると、

図 36 左側はへるす出版の『在宅診療 0-100』という雑誌にあった対談です。市民には、病院が病気を治してくれるという「病院信仰」のような認識がいつまでもある。医療が成功した証拠だが、その弊害もあると。最期に容態が変化したときに家族が耐えられない。したがって救急車を呼ぶわけです。しかし、これからの社会において、市民は死にゆく過程

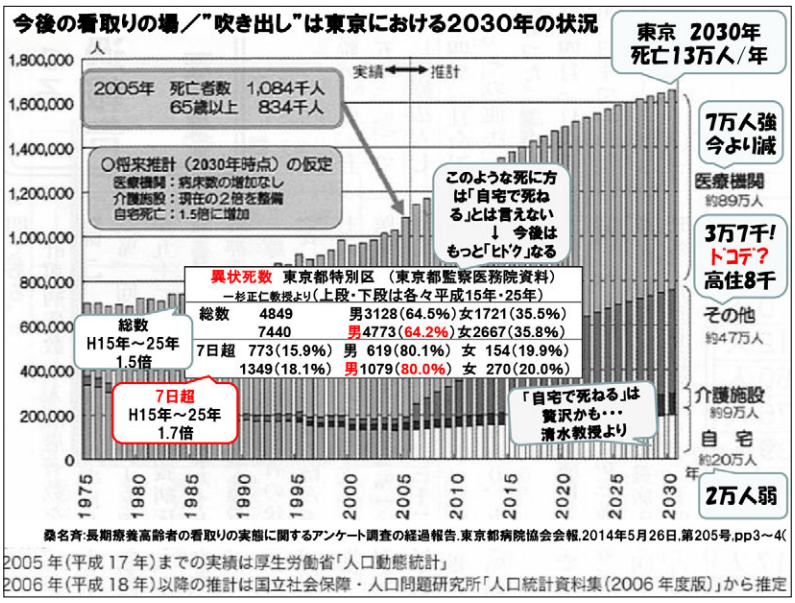


図 35

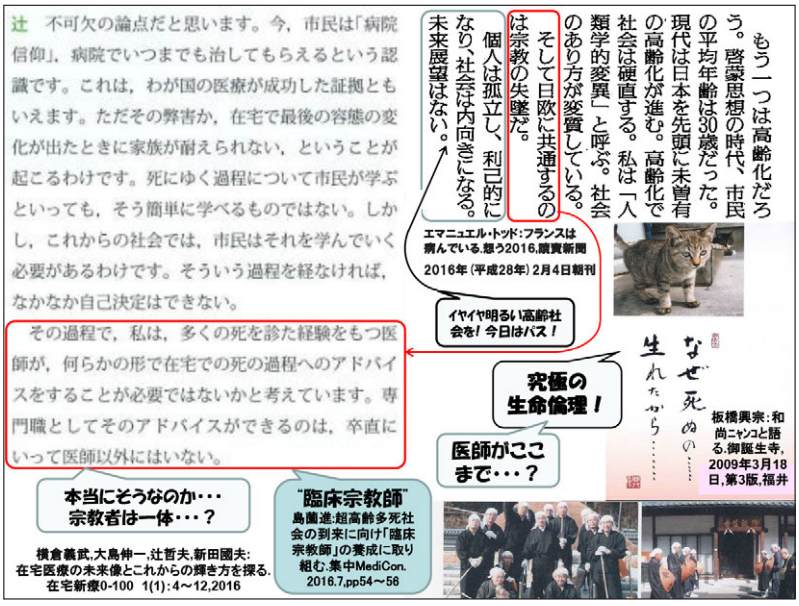


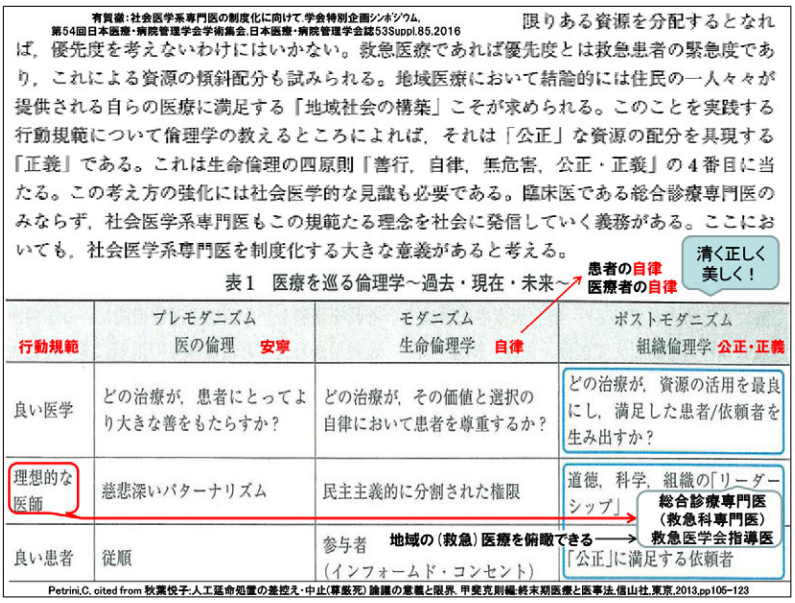
図 36

を学んでいかなければいけない。ここでは自己決定としてそうなんだと書いてありますが、自己決定があったとしてもなかったとしても、とにかく「多くの死を診た経験をもつ医師が、何らかの形で在宅での死の過程へのアドバイスをすることが必要ではないか」「専門職としてそのアドバイスができるのは、素直にいって医者以外にはいない」という内容です。本当ですか？　勘弁してくださいと思いませんか。

そこで、島薗進先生が「臨床宗教師」という活動をし始めているようです（図 36、左下）。図 36、右上はちょっと古い読売新聞からですが、エマニュエル・トッドという社会学者が「フランスは病んでいる」というインタビューで語っています。高齢化について、「啓蒙思想の時代、市民の平均年齢は 30 歳だった。現代は日本を先頭に未曾有の高齢化が進んでいる。社会は硬直している。人類学的変異と呼んでいる」と。「日欧に共通するのは宗教の失墜。個人は孤立し、利己的になり、社会は内向きになる。未来展望はない」と。この部分は、イヤイヤ明るい高齢社会を作ろうぜというので、今日はその話はパスしますが、これをしないとわが国の将来はありません。この一角を私の今いる労働者健康安全機構は担っていますが、いずれにしてもこのことについてはちょっと脇に置いて、宗教の失墜についてです。図 36 の右下に、『和尚ニャンコと語る』という日めくりカレンダーがあります。「なぜ死ぬの…生れたから…」とありますが、究極の生命倫理ですね。医者は死亡診断書に肺炎とか心筋梗塞とか書いてもいいですけど、「なぜ死んだか」「生まれたから」なんて書くわけはないですよね。ですから、ちょっとこれは次元が違うんじゃないかと思いますが、いずれにしても臨床的にもそういう感性があってよいでしょう。

少子・高齢化で、医学のみでは解決できないさまざまな問題がある。財政にもある。先に述べたように、そのためには啓発が必要でしょうし、それから不要な医療は見直さなければいけない。費用対効果についてや、限られた医療資源を考えると「優先度を考えない」はあり得ないわけで、資源の配分には優先度がある。

図 37 の上半分は「社会医学系専門医の制度化に



有賀徹：社会医学系専門医の制度化に向けて.学会特別企画シンポジウム.
第54回日本医療・病院管理学会学術集会.日本医療・病院管理学会誌53Suppl.85.2016

限りある資源を分配するとなれば，優先度を考えないわけにはいかない。救急医療であれば優先度とは救急患者の緊急度であり，これによる資源の傾斜配分も試みられる。地域医療において結論的には住民の一人々々が提供される自らの医療に満足する「地域社会の構築」こそが求められる。このことを実践する行動規範について倫理学の教えるところによれば，それは「公正」な資源の配分を具現する「正義」である。これは生命倫理の四原則「善行，自律，無危害，公正・正義」の4番目に当たる。この考え方の強化には社会医学的な見識も必要である。臨床医である総合診療専門医のみならず，社会医学系専門医もこの規範たる理念を社会に発信していく義務がある。ここにおいても，社会医学系専門医を制度化する大きな意義があると考える。

清く正しく美しく！

表1　医療を巡る倫理学～過去・現在・未来～

患者の自律
医療者の自律

行動規範	プレモダニズム 医の倫理 安寧	モダニズム 生命倫理学 自律	ポストモダニズム 組織倫理学 公正・正義
良い医学	どの治療が，患者にとってより大きな善をもたらすか？	どの治療が，その価値と選択の自律において患者を尊重するか？	どの治療が，資源の活用を最良にし，満足した患者/依頼者を生み出すか？
理想的な医師	慈悲深いパターナリズム	民主主義的に分割された権限	道徳，科学，組織の「リーダーシップ」 総合診療専門医（救急科専門医）救急医学会指導医
良い患者	従順	参与者（インフォームド・コンセント）	「公正」に満足する依頼者

地域の（救急）医療を俯瞰できる

Petrini,C. cited from 秋葉悦子:人工延命処置の差控え・中止(尊厳死)論議の意義と限界. 甲斐克則編:終末期医療と医事法.信山社.東京.2013,pp105-123

図37

「愛・地球博」開催
10周年記念
感謝のつどい
平成27年8月29日

“総力戦”
医療者
市民も！
公正な分配⇔正義
↓↑
人の尊厳
地域社会

中日新聞(夕刊)
平成27年9月24日

この国のかたち、この国の医療

昭和大学病院長　有賀 徹氏

医療資源を公正に分配する正義

図38

向けて」ということでシンポジウムをやったときに使ったものです。限りある資源を分配するとなれば、優先度を考えないわけにはいかない。救急医療であれば、トリアージという方法論を用いた傾斜配分が必要ですよね、緊急度ということで。地域医療においては、住民の一人ひとりが供給される自らの医療に満足する地域医療を構築する。このことを実践する行動規範について、倫理学の教えるところによれば、それは公正な資源の配分を具現する正義だと。これは4つある生命倫理（善行、自律、無危害、公正・正義）のうちの一つだと。この考え方の強化には社会医学的な見識も必要であるし、臨床医である総合診療専門医のみならず、社会医学系専門医もこの規範たる理念を社会に発信していく義務があるのだと。図37の上半分では、社会医学系専門医の制度化に大きな意義があるということを私は言っているのですが、同下半分にあるように、要するにその昔の医師・患者関係は安寧が重要だったけれども、今は患者の自律・医療者の自律、そしてこれから先は公正と正義だというんですね。これも秋葉悦子先生からの引用です。要するに、これからの理想的な医者というのは、ここにあるように道徳や科学、それから組織のリーダーシップがとれる人である。そして、公正な資源の配分に満足するような医師・患者関係を作り上げていかないといけない。冒頭で述べた「清く正しく美しく」も、その文脈で考えていただくとおわかりいただけると思います。

図38はある講演で私が話したことが中日新聞に載ったものです。「一人ひとりが自分の“今”にとって適切な医療に満足するという、成熟した地域社会のあり方こそ、今後求められる日本の国のかたち」なんだと言ってますね。究極的にはこれですね。「我（吾）ただ（唯）足るを知る」という観点でいかないといけないと思います。最終的には、臨床倫理の充実という観点は、「社会的な仕組み（組織）の構築」であると考える次第です。

新田氏：有賀先生、どうもありがとうございました。基調講演はこれで終了します。ありがとうございました。